



HAL
open science

L'admission des personnes âgées aux urgences : l'expérience d'un centre hospitalier général

Pauline Trognon

► **To cite this version:**

Pauline Trognon. L'admission des personnes âgées aux urgences : l'expérience d'un centre hospitalier général. Sciences du Vivant [q-bio]. 2005. hal-01732118

HAL Id: hal-01732118

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732118>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

DOUBLE

Université Henri Poincaré, Nancy I
2005

Faculté de Médecine de Nancy
N° 158

29 NOV. 2005



THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Pauline TROGNON

Le 25 Novembre 2005

**L'admission des personnes âgées aux urgences :
l'expérience d'un centre hospitalier général**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur H. LAMBERT

Président

Monsieur le Professeur A. BENETOS

}

Monsieur le Professeur A. BELLOU

} Juges

Monsieur le Docteur E. SEIDL

}

Université Henri Poincaré, Nancy I

2005

Faculté de Médecine de Nancy

N°



THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Pauline TROGNON

Le 25 Novembre 2005

**L'admission des personnes âgées aux urgences :
l'expérience d'un centre hospitalier général**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur H. LAMBERT

Président

Monsieur le Professeur A. BENETOS

}

Monsieur le Professeur A. BELLOU

} Juges

Monsieur le Docteur E. SEIDL

}

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Jean-Pierre NICOLAS –

Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCILLAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : **CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : **ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

49^{ème} Section : **PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Docteur Jean PAYSANT

54^{ème} Section : **DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05^{ème} section : **SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : **CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE**

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : **SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : **MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : **GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : **BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : **BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : **BIOLOGIE DES ORGANISMES**
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF Professeur Daniel ANTHOINE -
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET –
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND –
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

A Monsieur le Professeur H. LAMBERT
Professeur de réanimation médicale
Officier dans l'ordre des palmes académiques

Nous le remercions pour son accueil, ses conseils ainsi que son aide dans
l'élaboration de ce travail.

Qu'il soit assuré de notre gratitude, et de notre profond respect.

A nos juges,

Monsieur le Professeur A. BENETOS
Professeur de médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement

Monsieur le Professeur A. BELLOU
Professeur de médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement

Monsieur le Docteur E. SEIDL
Praticien Hospitalier en médecine d'urgence
qui nous a confié le sujet de cette thèse

Nous les remercions vivement d'avoir accepté d'examiner notre travail et de
faire partie de ce jury.

A Madame de Docteur I. GANTOIS

Nous la remercions pour l'intérêt qu'elle a porté à ce travail,
pour ses conseils pertinents

A Madame le Docteur I. BERQUAND

Nous la remercions pour son aide dans l'élaboration de ce travail

A l'équipe du service informatique du centre hospitalier de Lunéville et à Madame P. ZANON, surveillante du service des urgences de Lunéville, qui ont facilité l'accès aux documents nécessaires à la réalisation de ce travail.

A Monsieur le Docteur A. ADAM, chef du service des urgences de Lunéville

Nous le remercions vivement pour ses encouragements à progresser dans l'accomplissement de cette thèse jusqu'à son aboutissement

Qu'ils soient remerciés ici pour leur collaboration.

A mes parents et à mon frère
Pour leur soutien durant ces longues années d'étude

A ma famille, à Frédérique

A mes amis

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".



INTRODUCTION	17
RATIONNEL.....	19
1 DEMOGRAPHIE ET EPIDEMIOLOGIE.....	19
1.1 Composition de la population	19
1.2 L'espérance de vie.....	20
1.2.1 L'espérance de vie à la naissance.....	20
1.2.2 L'espérance de vie aux âges élevés.....	21
1.2.3 L'espérance de vie sans incapacité.....	21
1.3 Les principales causes de mortalité en France.....	22
2 CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE AGEE	
VIEILLISSEMENT.....	24
2.1 Le vieillissement	24
2.1.1 Mécanismes.....	25
2.1.2 Effets du vieillissement.....	25
2.2 La personne âgée malade	27
2.3 Notion de dépendance.....	28
2.4 Le concept de fragilité.....	30
3 PARTICULARITES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES	
PERSONNES AGEES.	30
3.1 Examen clinique.....	30
3.1.1 Principes généraux.....	30
3.1.2 Les grands syndromes cliniques.....	31
3.2 Examens complémentaires.....	34
3.3 Prise en charge idéale de la personne âgée aux urgences (d'après	
la conférence de consensus de la SFMU de décembre 2003).....	34
4 PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES CHEZ LES	
PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS.....	38
4.1 Recommandations de prescription aux urgences	38
4.2 Effets indésirables médicamenteux	39

4.3	En conclusion.....	41
5	LES STRUCTURES D'ACCUEIL POUR PERSONNES AGEES EN FRANCE.....	41
5.1	Politique gérontologique en France.....	42
5.2	Maintien à domicile.....	44
5.2.1	Rôle des CLIC	44
5.2.2	Les aides disponibles pour le maintien à domicile.....	45
5.3	L'organisation gérontologique à l'hôpital	47
5.4	Les structures d'hébergement	50
5.4.1	Les structures d'hébergement à caractère social	51
5.4.2	Les structures d'hébergement à caractère sanitaire	51
6	LA FILIERE GERIATRIQUE A LUNEVILLE.....	51
6.1	La consultation mémoire.....	52
6.2	L'hôpital de jour gériatrique	52
6.3	Amélioration de la prise en charge de la personne âgée	53
6.4	Le travail en réseau	56
7	PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES AUX URGENCES. REVUE DE LA LITTERATURE.....	56
7.1	Caractéristiques des personnes âgées admises aux urgences	57
7.2	Les profils pathologiques et les motifs d'admission.....	58
7.3	Durée de prise en charge et orientation	59
7.4	Orientation des patients.....	60
7.5	Conséquences d'une hospitalisation chez les personnes âgées.....	61
7.6	Les possibilités à l'heure actuelle.....	63
7.7	Bénéfices de l'évaluation multidimensionnelle du sujet âgé.....	66
	ETUDE ET RESULTATS	68
1	OBJECTIFS	68
2	MATERIELS ET METHODES	69
2.1	Le lieu	69

2.2	La méthode	71
3	LES RESULTATS DE LA PREMIERE ETUDE.....	72
3.1	Caractéristiques des personnes âgées admises aux urgences	72
3.2	Mode d'arrivée	73
3.3	Jour d'arrivée et Heure d'arrivée	74
3.4	Durée de prise en charge aux urgences.....	75
3.5	Diagnostics établis à la sortie du service des urgences	75
3.6	Classification CCMU	78
3.7	Orientation des patients.....	79
3.8	Réadmissions aux urgences	81
3.9	Proportion de personnes âgées hospitalisées par les urgences par rapport au nombre total de personnes âgées hospitalisées au Centre Hospitalier de Lunéville.....	81
4	LES RESULTATS DE LA DEUXIEME ETUDE	83
4.1	Représentativité de la population âgée	83
4.2	Diagnostics établis à la sortie du service des urgences	84
4.2.1	La pathologie médicale.....	85
4.2.2	La pathologie chirurgicale	86
4.3	Classification CCMU.....	87
4.4	Orientation des patients.....	88
4.4.1	Taux d'hospitalisation et de transfert	88
4.4.2	Services d'hospitalisation.....	89
	DISCUSSION.....	91
1	L'ETUDE DESCRIPTIVE.....	91
1.1	Qualité et validité des résultats.....	91
1.2	Prévalence et caractéristiques des patients.....	91
1.3	Diagnostics et orientation	92
1.3.1	Diagnostics.....	92
1.3.2	Orientation.....	93
2	LA DEUXIEME ETUDE : ETUDE COMPARATIVE	93

2.1	Représentativité de la population âgée	93
2.2	Les diagnostics établis aux urgences	94
2.3	Orientation des patients.....	95
2.4	Des changements dans la prise en charge des patients âgés aux urgences de Lunéville ?	96
CONCLUSION		97
BIBLIOGRAPHIE		99
ANNEXES		107
1	ANNEXE 1: ESPERANCE DE VIE SANS INCAPACITE	107
2	ANNEXE 2: ECHELLE AVQ DE KATZ ET ECHELLE IADL	108
3	ANNEXE 3 : REFERENTIEL RETOUR DU PATIENT A DOMICILE APRES HOSPITALISATION	109
4	ANNEXE 4: FICHE DE LIAISON HOPITAL/DOMICILE RECTO	110
5	ANNEXE 5: FICHE DE LIAISON HOPITAL/DOMICILE VERSO	111





INTRODUCTION

Dans la plupart des pays d'Europe, la population vieillit et celle de la France n'échappe pas à ce constat. Ce vieillissement résulte de l'effet conjugué de la baisse de la natalité (l'indice de fécondité passe de 2.67 en 1958 à 1.75 en 1998) et de l'augmentation de l'espérance de vie. Si les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 7% de la population française en 2000, leur proportion atteindra 10% soit 6 millions de personnes en 2020.

Les urgences des établissements hospitaliers, véritables « plaques tournantes » entre la médecine de ville et l'hôpital, sont actuellement au centre du dispositif sanitaire de prise en charge de cette population. Chaque année, elles accueillent davantage de personnes âgées.

Et les répercussions sur l'activité des services d'accueil des urgences sont préoccupantes en particulier dans les Centres Hospitaliers Généraux (CHG) où arrive la majorité des personnes âgées admises à l'hôpital.

Toute la difficulté de la prise en charge des personnes âgées adressées aux urgences commence à 75 ans. En effet, cette population est caractérisée par ses poly-pathologies, ses dépendances et ses problèmes sociaux, ce qui compromet souvent le maintien à domicile.

Un événement exceptionnel, tel que la canicule de l'été 2003 qui a provoqué un grand nombre de décès de personnes âgées, a mis en évidence la carence du système de soins pour assurer la prise en charge médicale de cette population particulièrement fragile.

Cependant, à l'échelon national, la prise de conscience de la nécessité d'améliorer la filière de soins gériatriques existait avant cet événement tragique, comme le montre la circulaire du 18 mars 2002. A l'échelon local, dès Février 2003, une réflexion autour de la mise en place de cette filière dans le Lunévillois a commencé.

Dans le prolongement de cette réflexion tant nationale que locale, nous nous sommes intéressés aux patients admis à l'U.P.A.T.O.U (Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences) du Centre Hospitalier Général de Lunéville au moyen d'une

étude rétrospective portant sur trois mois. Ceci nous a amené à nous demander si les données recueillies étaient comparables à celles de la littérature.

Ensuite, nous avons étudié l'évolution des admissions aux urgences au moyen de deux études rétrospectives à un an d'intervalle, ce qui nous a conduit à nous demander si la fréquentation des urgences par les personnes âgées était différente et si les taux d'hospitalisation avaient été modifiés. En somme, l'objectif principal était de déterminer si des changements étaient survenus parallèlement à l'amélioration de la filière gériatrique, qui comportait, en particulier l'ouverture d'un hôpital de jour.

Ce travail se divise en trois moments. Dans le premier, nous aborderons le rationnel, le deuxième sera consacré aux études et à leurs résultats, enfin une discussion amorcera le mouvement qui nous conduira vers un premier bilan.

RATIONNEL

1 DEMOGRAPHIE ET EPIDEMIOLOGIE

L'épidémiologie est indispensable à la bonne organisation des filières de soins aux personnes âgées, notamment pour une bonne utilisation des moyens humains et financiers.

Nous rappellerons donc quelques notions d'épidémiologie.

1.1 Composition de la population

On constate une forte augmentation de la population totale durant les cinquante dernières années. Elle est due pour 30% à l'accroissement de la population de 60 ans et plus (1). Quant à celle de 75 ans et plus, elle a été multipliée par 2,7 dans le même temps passant de 1,5 million (soit 3,76 % de la population) à 4,2 millions (7,1%).cf. tableau 1.

Tableau 1 : Chiffres clés de la population française entre 1950 et 2020 (exprimés en milliers)

(Source INSEE)

Année	Population totale	Naissances (a)	Décès (a)	60 ans ou plus	75 ans ou plus	85 ans ou plus
1950	41647	858,1	530,3	4727	1565	201
1980	53731	858,1	547,1	7541	3079	567
1990	56577	800,4	526,0	7872	3838	874
2000	59412	742,5	533,2	9444	4225	1236
2010	61721	710,1	562,3	14102	5506	1514
2020	63453	703,0	602,1	16989	6009	2099

(a) Projections : indice de fécondité de 1,8 ; mortalité tendancielle.

La population des plus de 75 ans a plus que doublé en cinquante ans et le phénomène va s'accroître puisque selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes

Economiques (INSEE), la proportion des plus de 75 ans sera de 9,47% de la population soit 6 millions de personnes en 2020 (2).

On prévoit un chiffre de 150.000 centenaires en 2050.

Dans l'Union Européenne, la France n'a pas la population la plus vieillie puisqu'elle arrive en 5^{ème} position derrière la Suède, l'Allemagne, le Royaume Uni et le Danemark.

1.2 L'espérance de vie

La notion d'espérance de vie doit être abordée sous trois angles : l'espérance de vie à la naissance, l'espérance de vie à des âges plus avancés, et l'espérance de vie sans incapacité.

1.2.1 L'espérance de vie à la naissance

Elle est en progrès constant depuis le début du siècle, expliquant l'accroissement de la population et en particulier celui de la population âgée.

Elle est le résultat de la réduction de la mortalité infantile dans un premier temps, puis de celle des jeunes adultes et enfin de la mortalité aux âges élevés. Cependant, on constate un fléchissement dans la progression des espérances de vie depuis quelques années, plus particulièrement chez les femmes. cf. tableau 2.

Il existe une différence importante entre l'espérance de vie masculine et féminine. Cet écart résulte d'une surmortalité masculine importante, de l'ordre de 8 ans en raison notamment des comportements à risque tels que tabagisme et alcoolisme. Cette différence devrait s'estomper à partir de 2025, les femmes ayant adopté, pour partie, ces comportements à risque. L'espérance de vie atteint aujourd'hui 75,5 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes (3).

Tableau 2 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance en France par sexe de 1900 à 2020 (Source INSEE)

Sexe	1900	1955	1980	1990	1998	2020
Masculin	45	65	70,2	72,7	74,6	77,9
Féminin	49	72	78,4	80,9	82,2	86,4

1.2.2 L'espérance de vie aux âges élevés

Elle s'est considérablement accrue. Cf. Tableau 3.

En effet, à 75 ans, elle n'était en 1950 que de 7 ans pour les hommes et de 8,4 ans pour les femmes alors qu'elle est aujourd'hui de 10,1 ans pour les hommes et de 13 ans pour les femmes (4). En 2020, d'après les projections de l'INSEE, elle devrait atteindre respectivement 11,6 et 14,9 ans.

L'écart entre espérance de vie féminine et masculine aux âges élevés restera important et ne diminuera pas avant le deuxième quart du 21^{ème} siècle.

Tableau 3 : Evolution de l'espérance de vie à 60, 75 et 85 ans par sexe de 1950 à 2020
(projections à partir de 2000. Source INSEE)

Sexe	Age	1950	1980	1990	2000	2010	2020
Masculin	60	15,4	17,3	19,0	20,3	21,6	22,8
	75	7,0	8,3	9,4	10,1	10,8	11,6
	85	3,7	4,5	4,9	5,2	5,6	5,9
Féminin	60	18,4	22,4	24,2	25,7	27,1	28,4
	75	8,4	10,7	12,0	13,0	14,0	14,9
	85	4,4	5,4	6,0	6,5	7,1	7,6

1.2.3 L'espérance de vie sans incapacité

C'est un indicateur de l'état de santé d'une population. Elle est difficile à mesurer car elle se heurte à divers écueils dont la notion d'incapacité elle-même. Cf. annexe 1 p 107.

Si le nombre moyen d'années à vivre sans incapacité tend à augmenter, l'accroissement des effectifs de la population âgée s'accompagnera d'un accroissement de la population âgée dépendante d'ici à 2010 et plus encore d'ici à 2020 (5). Ceci implique au niveau de la

politique de Santé Publique, la nécessité d'augmenter le nombre de lits d'hébergement collectif et de faire appel plus largement à l'aide à domicile.

La longévité correspond au maximum de survie des individus dans des conditions idéales de vie et serait pour l'espèce humaine de 120 ans.

1.3 Les principales causes de mortalité en France

Elles sont résumées dans le tableau 4.

Dans la population totale, on note au premier rang des causes de mortalité (6) les maladies de l'appareil circulatoire (30,4%), suivies par les tumeurs (28,2%), puis les morts violentes (7,8%) dont un quart de suicides, puis les maladies de l'appareil respiratoire(6,7%).

Il faut remarquer une différence notable selon le sexe : en effet chez les hommes, les tumeurs occupent la première place (33,6%) avec près d'un quart de cancers du poumon tandis que les maladies de l'appareil circulatoire occupent la deuxième place (27,6%) .

Chez les femmes, on retrouve les maladies de l'appareil circulatoire très prédominantes (33,4%), puis les tumeurs (23,1%) au premier rang desquelles le cancer du sein pour près d'un cinquième (6).

Une autre différence apparaît au niveau des maladies de l'appareil circulatoire : la mortalité masculine est plus importante par infarctus (9,3% des causes de mortalité) que par maladies cérébrovasculaires (5,9%) alors que c'est l'inverse chez les femmes (infarctus : 7,7% versus maladies cérébrovasculaires : 8,6%).

Tableau 4 : Les principales causes de décès en 2000 dans la population globale.

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Maladies de l'appareil circulatoire	161 916	30,4	75 142	27,6	86 774	33,4
<i>dont : infarctus</i>	45 328	8,5	25 338	9,3	19 990	7,7
<i>maladies cérébro-vasculaires</i>	38 404	7,2	15 940	5,9	22 464	8,6
Tumeurs	149 815	28,2	89 859	33,0	59 956	23,1
<i>dont : cancer du poumon</i>	26 682	5,0	22 287	8,2	4 395	1,7
<i>cancer du colon, du rectum et de l'anus</i>	15 949	3,0	8 345	3,1	7 604	2,9
<i>cancer du sein</i>	11 068	2,1	118	<i>n.s.</i>	10 950	4,2
Morts violentes	41 435	7,8	24 752	9,1	16 683	6,4
<i>dont : accidents de transport</i>	7 662	1,4	5 673	2,1	1 989	0,8
<i>suicides</i>	10 837	2,0	7 973	2,9	2 864	1,1
Maladies de l'appareil respiratoire	35 668	6,7	18 314	6,7	17 354	6,7
Maladies de l'appareil digestif	23 707	4,5	12 582	4,6	11 125	4,3
Maladies endocriniennes	19 008	3,6	7 878	2,9	11 130	4,3
Autres causes	99 301	18,9	43 513	16,0	55 788	21,9
Toutes causes	530 850	100,0	272 040	100,0	258 810	100,0

N.s non significatif

Champ : France métropolitaine

Source : Inserm, CépiDc - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

2 CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE AGEE

2.1 Le vieillissement

Il correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est dû aux effets combinés de facteurs génétiques et environnementaux. Il ne faut pas confondre ses effets avec ceux des maladies ce qui pourrait mener à négliger certaines pathologies et à ne pas les traiter.

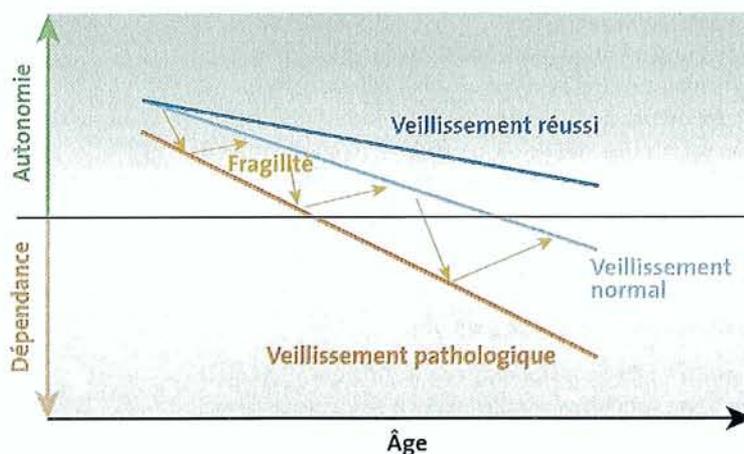
La notion de vieillissement normal fait référence à un concept proposé en 1987 (cf. schéma 1) et qui distingue trois modes de vieillissement (7) :

- un vieillissement réussi (tant sur le plan physique, mental, que psychosocial) avec une absence ou une atteinte minimale des fonctions physiologiques et une absence de pathologie,

- un vieillissement normal avec des atteintes considérées comme physiologiques, liées à l'âge mais sans pathologie bien définie,

- un vieillissement pathologique avec des maladies évolutives ou compliquées, associées à un handicap et responsables le plus souvent d'un état de dépendance.

Schéma 1 : Les trois modes de vieillissement



2.1.1 Mécanismes

- facteurs génétiques.

Certaines études (4) ont mis en évidence des relations étroites entre vieillissement et facteurs génétiques. On constate par exemple, chez les jumeaux, que la durée de vie est très proche. Par ailleurs, chez les centenaires, on retrouve certains génotypes de manière plus fréquente : un terrain génétique particulier est donc lié à une plus grande longévité. Enfin, on peut ajouter que la fréquence des altérations de l'ADN (délétions, mutations) et des anomalies de sa réparation augmente de façon importante avec l'âge, ce qui implique une intervention des altérations acquises du matériel génétique dans le processus de vieillissement.

- les radicaux libres

Rappelons qu'ils sont produits au cours du métabolisme de l'Oxygène. Ils sont capables, en réalisant des oxydations d'altérer l'ADN et les acides gras de la membrane cellulaire. Il existe plusieurs systèmes de protection contre les radicaux libres (super oxyde dismutase, catalases, glutathion peroxydase sélénodépendante, vitamines antioxydantes) qui sont altérés avec le vieillissement.

- Glycation non enzymatique des protéines

Il s'agit d'une réaction spontanée entre le glucose et les groupements NH des acides aminés qui conduit à former des produits terminaux de la glycation appelés AGEproducts (Advanced Glycation End products). Ceci induit des modifications des propriétés des protéines (en particulier les protéines de la matrice extracellulaire à demi-vie longue et donc les plus touchées) qui rendrait plus difficile la protéolyse et donc empêche leur renouvellement. Les AGE conduisent également à la formation de pontages moléculaires entre les fibres de collagène, les rendant plus rigides et moins solubles.

2.1.2 Effets du vieillissement

Il s'accompagne d'une diminution des réserves fonctionnelles induisant une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression. Il faut souligner l'existence de

nombreuses variations inter organes et surtout interindividuelles. Ainsi, la population âgée est caractérisée par une grande hétérogénéité.

Nous citerons les effets principaux du vieillissement sur les grandes fonctions de l'organisme (4,8) :

✓ appareil respiratoire : réduction de la capacité ventilatoire, de la capacité de diffusion de l'oxygène et de la PaO₂.

✓ système cardiovasculaire : le débit cardiaque de repos est stable. Par contre, augmentation de la pression artérielle par diminution de la compliance artérielle.

✓ appareil digestif : le temps de transit est ralenti. Diminution également des fonctions hépatiques et par conséquent de la clairance métabolique.

✓ système nerveux :

Système nerveux **central** :

- conservation des fonctions motrices et sensibles,
- diminution des performances mnésiques,
- déstructuration du sommeil,
- diminution de la sensibilité des osmorécepteurs et de ce fait, diminution de la sensation de soif (risque de syndrome confusionnel).

Système nerveux **périphérique** : hypopallesthésie favorisant l'instabilité posturale.

Système nerveux **autonome** : diminution des réponses sympathiques (moins de réactivité au stress).

✓ Organes des sens : on notera presbytie, cataracte, presbyacousie.

✓ Appareil locomoteur :

- baisse de la force musculaire,
- ostéopénie, diminution de la résistance mécanique de l'os,
- amincissement et fragilité du cartilage.

✓ Appareil urinaire : baisse de la filtration glomérulaire induisant une baisse de la clairance de la créatinine (la clairance de la créatinine d'une personne de 80 ans est égale à la moitié de celle d'une personne de même poids âgée de 20 ans)

✓ Système immunitaire : la réponse humorale est préservée, en revanche, les réponses à médiation cellulaire sont diminuées. L'immunisation conférée par la vaccination n'est pas altérée chez les personnes âgées en bonne santé.

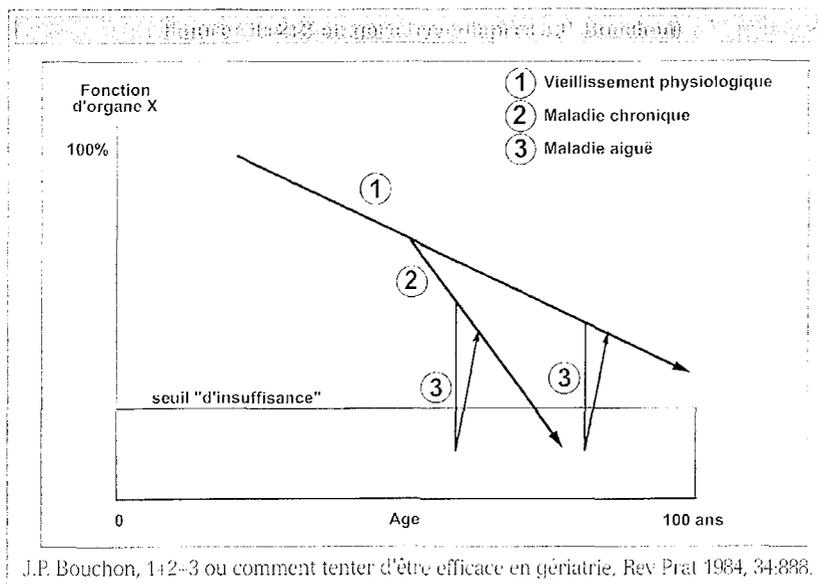
✓ Métabolismes :

- glucides : la tolérance à une charge en sucre est réduite chez les personnes âgées, témoignant d'un certain degré de résistance à l'insuline.
- réduction de la masse maigre et majoration de la masse grasse.

2.2 La personne âgée malade

Comme nous l'avons vu auparavant, le vieillissement s'accompagne d'une diminution des réserves fonctionnelles et donc des capacités d'adaptation. Les affections chroniques surajoutées altèrent les fonctions et enfin d'autres facteurs souvent multiples et associés aboutissent à la décompensation d'une fonction. cf. schéma 2.

Schéma 2 : Les facteurs de décompensation d'une fonction en gériatrie.



Pour exemple, l'insuffisance respiratoire aiguë est favorisée par les effets du vieillissement sur l'appareil respiratoire (réduction de la capacité ventilatoire, de la capacité de diffusion de l'oxygène et de la PaO₂) ; les affections respiratoires chroniques en particulier les BPCO

constituent le terrain de prédilection et les facteurs déclenchants sont nombreux : troubles cardiovasculaires ou infectieux, iatrogénie ...

La diminution des capacités ne provoque pas à elle seule d'insuffisance, l'âge n'étant pas à lui seul responsable de la décompensation.

La vieillesse n'est pas une maladie mais représente le terrain propice à leur développement.

Cependant, du fait de l'altération physiologique des grandes fonctions, l'évaluation du sujet âgé reste difficile car la frontière entre le normal et le pathologique est beaucoup plus difficile à situer que chez le sujet jeune.

Ceci amène deux écueils dangereux : la surmédicalisation lorsque la norme de référence reste l'adulte jeune et la sous médicalisation quand au contraire d'authentiques problèmes médicaux sont mis sur le compte du vieillissement.

2.3 Notion de dépendance

Les besoins fondamentaux tels qu'ils ont été définis par WOOD dans les années 1980 sont au nombre de six :

- **La mobilité** : concerne tous les déplacements ainsi que le maniement des objets.
- **L'orientation** : concerne le temps, l'espace, la conscience de soi, d'autrui et de l'environnement matériel.
- **La sécurité** : concerne l'habitat, les fonctions sensorielles, les possibilités de communications et la suffisance pécuniaire.
- **L'hygiène** : concerne l'organisme et l'environnement domiciliaire.
- **Les occupations** : concernent un vaste ensemble qui couvre les facultés d'adaptation aux événements jusqu'à la vie de relation.
- **La nutrition** : concerne les aspects qualitatifs et quantitatifs, mais aussi la possibilité de préparer et prendre seul ses repas.

En gérontologie, la dépendance est définie comme la nécessité d'une aide extérieure pour la satisfaction de tout ou partie d'un ou de plusieurs des six besoins fondamentaux (9).

Plus précisément, un individu est considéré comme dépendant si, pour une activité donnée, il ne la réalise pas correctement, habituellement, totalement, seul et spontanément. Si un seul de ces cinq critères n'est pas satisfait, l'individu est considéré comme dépendant par rapport à l'activité étudiée.

Plusieurs outils ont été élaborés pour dépister et évaluer la dépendance tels que l'échelle AVQ (Activités de la Vie Quotidienne) de Katz et l'échelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) de Lawton. Cf. annexe 2 p 108.

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique- Groupes Iso-Ressources) est également un outil très pratique. Elle permet de classer les niveaux de dépendance de 1 (totalement dépendant) à 6 (totalement autonome) comme nous le verrons par la suite.

LA GRILLE AGGIR

Variable	Autonomie
Cohérence : converser et/ou se comporter de façon logique et censée.	
Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.	
Assurer son hygiène corporelle : toilette du haut et du bas du corps (AA=A, CC=C, autres=B)	
Habillage (haut, moyen, bas) : s'habiller, se déshabiller, se présenter. (AAA=A, CCC=C, autres=B)	
Alimentation : se servir et manger les aliments préparés (AA=A, CC/BC/CB=C, autres=B)	
Élimination urinaire et fécale : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (AA=A, CC/AC/CA/BC/CB=C, autres=B)	
Transfert : se lever, se coucher, s'asseoir	
Déplacements à l'intérieur : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant ;	
Déplacements à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
Communication à distance : utiliser les moyens de communications (téléphone, alarme, sonnette...)	

A : fait seul (totalement, habituellement, correctement).

B : fait partiellement.

C : ne fait pas.

2.4 Le concept de fragilité

Il existe une susceptibilité de certains patients âgés aux agressions.

Pour décrire cela, le concept de fragilité (10) a été proposé. Aucune définition n'est à ce jour consensuelle.

La fragilité peut se définir comme un syndrome résultant d'une réduction multisystématique des réserves fonctionnelles, qui limite les capacités de l'organisme à répondre à un stress même mineur. Elle se caractérise par un état d'instabilité physiologique exposant à un risque majeur de décompensation fonctionnelle, associée souvent à des phénomènes en cascade et de cercles vicieux, sources de perte d'autonomie, d'institutionnalisation ou de décès.

Les patients âgés fragiles sont ainsi à haut risque de dépendance si la situation d'équilibre précaire dans laquelle ils se trouvent est rompue. Ce sont souvent des personnes de plus de 85 ans, dont les déficits peuvent passer inaperçus à l'examen clinique classique.

3 PARTICULARITES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PERSONNES AGEES

La conduite diagnostique de la personne âgée mono pathologique sans troubles cognitifs n'a aucune spécificité. Par contre, chez les autres patients gériatriques, il convient d'adapter sa pratique.

En effet, d'une part la poly-pathologie complique l'interprétation des symptômes (exemple de la douleur aigue chez un douloureux chronique ou de la majoration de troubles cognitifs chez un dément) et d'autre part les signes biologiques sont inconstants (pas d'hyperleucocytose dans une situation infectieuse par exemple).

3.1 Examen clinique

3.1.1 Principes généraux

L'examen clinique est indissociable d'un interrogatoire bien conduit (du patient et le plus souvent des proches) car il est nécessaire de connaître l'état antérieur pour noter les modifications.

Une altération des fonctions supérieures et des déficiences diverses peuvent entraver la communication ou la réalisation de l'examen clinique.

L'examen clinique n'est pas spécifique mais il faut tenir compte des particularités sémiologiques. Les signes généraux sont si fréquents qu'ils sont banalisés à tort alors que bien souvent les signes d'appels sont peu spécifiques et ténus et se limitent à des signes généraux tels que asthénie, anorexie ou malaise.

25% des malades gériatriques ont une présentation modifiée ou masquée de leur pathologie :

- de nombreuses pathologies peuvent se révéler par une confusion mentale (iatrogénie, infection, globe vésical) ou par des chutes à répétition,

- lors de la déshydratation, la sensation de soif peut être absente et la spécificité du pli cutané est médiocre,

- la fièvre n'est pas systématiquement présente au début d'un syndrome infectieux,

- la douleur peut être modeste : simple douleur abdominale dans une péritonite, ou encore infarctus indolore.

- il faut aussi penser à la fréquence importante de la iatrogénie qui atteint près de 20% chez les patients de plus de 80 ans hospitalisés. Il faut donc penser à rechercher les effets indésirables médicamenteux. Les quatre présentations cliniques les plus fréquentes sont chutes et malaises, symptômes gastro-intestinaux, insuffisance rénale fonctionnelle ou hémorragie.

3.1.2 Les grands syndromes cliniques

Chez le patient âgé, on distingue plusieurs grands syndromes cliniques (11).

- Patient âgé fébrile

Il faut distinguer la fièvre aiguë souvent d'origine infectieuse de la fièvre subaiguë qui doit faire évoquer d'autres causes.

Les infections les plus fréquentes sont les pneumopathies, les infections urinaires et les septicémies.

Certains médecins recommandent de débiter une antibiothérapie probabiliste (selon les données de l'examen clinique) assez rapidement vu les graves conséquences que peut avoir un retard thérapeutique dans cette population.

- Douleurs thoraciques

Elles sont peu spécifiques dans le grand âge. L'absence de douleur thoracique est fréquente dans l'ischémie coronarienne. Celle-ci peut se révéler par des symptômes atypiques.

- Dyspnée

Elle garde sa valeur sémiologique quelque soit l'âge. Il faut rester vigilant car une dyspnée d'effort peut passer inaperçue si des handicaps limitent l'effort.

Les causes principales sont : pneumopathie, insuffisance cardiaque et embolie pulmonaire.

- Douleurs abdominales

C'est un motif fréquent de recours au service des urgences.

L'absence de fièvre ou d'hyperleucocytose ne doit pas rassurer : 30% des patients opérés en urgence sont dans ce cas.

Les infections viennent en tête des étiologies : cholécystite aiguë, appendicite et diverticulite. Elles sont suivies par les occlusions digestives, les ulcères et les infections urinaires. Enfin, on citera une étiologie rare mais particulièrement grave : l'ischémie mésentérique.

- Les déficits neurologiques

Le diagnostic peut s'avérer difficile. Il faut y penser dans des circonstances multiples : chute, confusion, etc.

Le déficit neurologique n'est pas toujours synonyme d'accident vasculaire cérébral ; il peut s'agir d'hypoglycémie, de déficit post comitial par exemple.

- La confusion

C'est un motif fréquent de recours aux urgences : entre 10 et 25% suivant les études.

La prévalence de ce syndrome varie entre 14 et 56% des sujets âgés hospitalisés (12).

C'est une défaillance fonctionnelle cérébrale mais le facteur déclenchant est habituellement extra cérébral.

On ne doit pas confondre syndrome démentiel et syndrome confusionnel ; les principales différences sont listées dans le tableau 5.

Tableau 5 : Caractéristiques du syndrome confusionnel et du syndrome démentiel.

Caractéristiques	Syndrome confusionnel	Syndrome démentiel
Début	Soudain	Progressif
Fluctuations	Oui	Non
Etat de vigilance	Diminué	Normal
Orientation	Perturbée	Perturbée
Attention	Diminuée	Diminuée
Discours	Incohérent	Incohérent
Troubles cognitifs	Modérés	Sévères
Hallucinations	Fréquente (visuelles)	Absentes
Sommeil	Perturbé (agitation nocturne)	Normal

Il faut rechercher de façon systématique un trouble métabolique, une douleur, une rétention aiguë d'urine, un fécalome, sans oublier une cause iatrogène.

Le facteur déclenchant est d'autant plus banal et d'apparence anodine qu'il existe à l'état de base une détérioration cognitive plus ou moins évoluée.

- Les chutes

Il est nécessaire d'en rechercher la cause. L'enquête étiologique doit être rigoureuse et il ne faut pas se contenter trop rapidement du diagnostic de chute mécanique (13). C'est-à-dire que toutes les hypothèses de lipothymie et syncope doivent être envisagées.

Elles sont fréquemment d'origine iatrogène.

Les conséquences traumatiques de la chute sont évaluées, elles peuvent être potentiellement graves lors d'un décubitus prolongé : rhabdomyolyse avec insuffisance rénale, déshydratation, hypothermie.

3.2 Examens complémentaires

Ils sont plus fréquemment prescrits que chez les sujets plus jeunes, du fait de la prévalence des signes généraux et de l'existence de nombreuses pathologies intriquées.

Chez les patients gériatriques, il est recommandé (14) de réaliser un bilan sanguin comprenant NFS, ionogramme, calcémie, protidémie, créatinine ainsi qu'un ECG et une radiographie de thorax.

3.3 Prise en charge idéale de la personne âgée aux urgences (d'après la conférence de consensus de la SFMU de décembre 2003)

Tout d'abord, il est nécessaire d'évaluer les formes patentes et latentes de fragilité.

Il existe plusieurs intérêts à dépister la fragilité dès le service des urgences : premièrement, il s'agit d'une aide précieuse à l'orientation du patient ; deuxièmement ce dépistage contribue à la mise en œuvre d'une prise en charge globale et adaptée du patient car il repère les patients à risque de confusion, dénutrition, déshydratation et chutes ; enfin il permet une anticipation de la sortie d'hospitalisation.

Le jury du consensus (14) a défini la fragilité d'une personne âgée comme un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux, provoqué par une agression même minime. En pratique, elle se manifeste et s'évalue par l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux et sensoriels, de poly-pathologies, de poly-médications et par l'accroissement des besoins d'aide dans la vie quotidienne. La fragilité peut être latente ou patente.

Le patient gériatrique est « un patient âgé poly pathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité » (circulaire DHOS du 18 Mars 2002).

Le jury du consensus a défini une prise en charge idéale du sujet âgé qui est résumée dans le tableau ci-après.

Le recueil de données est effectué par toute l'équipe : Médecin, Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO), Infirmière de soins et Aide Soignant (AS).

Cf. fiche de recueil d'informations.

Fiche de recueil d'informations :

IOA	IDE de soins et AS	Médecin
Lettre du médecin oui non Fiche de liaison IDE oui non Bulletin d'intervention des pompiers oui non	Préciser le cadre de vie domicile seul ou accompagné assistante de vie, aide ménagère, IDE, aide soignante maison de retraite foyer logement long séjour HAD Vie en famille	Fonction cognitive orientation temporo-spatiale capacité à tenir une conversation comportement
Renseignements auprès de la famille *coordonnés des proches et du patient *motif de recours *documents médicaux oui non *coordonnées du médecin traitant	Autonomie (ADL) 0 ou 1 à chacun des items - se laver - s'habiller - se rendre aux toilettes - se déplacer - s'alimenter - être continent Score de 0 (totalement dépendent) à 6 (totalement autonome)	Trouble de l'équilibre Test du get up and go
Renseignements médicaux antécédents principaux traitements spécifiques (ordonnance)	Hygiène propreté à l'arrivée aux urgences continence	Dépression : Mini-GDS
Constantes cliniques si besoin et évaluation de la douleur	Etat cutané	
Renseignements environnementaux et sociaux : lieu et mode de vie présence d'aidant naturels présence d'aidant non naturels mesure de tutelle ou curatelle	Etat nutritionnel : bon / moyen / mauvais	
Particularités gériatriques : Problème de compréhension Agitation : oui / non Famille prévenue oui / non	Atteinte sensorielle : cécité / surdité	

L'infirmière d'accueil et d'orientation, quand elle existe, recueille des informations générales. Il faut en particulier être attentif aux données fournies par l'entourage, à l'existence de troubles cognitifs ou de troubles du comportement.

L'infirmière doit s'intéresser en particulier au cadre de vie et à l'autonomie du patient bien évaluée par le score ADL (Activities of daily living). Les données sociales doivent aussi être prises en compte (entourage, aide à domicile...).

Sur le plan médical deux cas peuvent se présenter.

✓ Dans le premier cas, il existe un problème gériatrique patent ; il faut alors évaluer systématiquement les troubles de l'équilibre et de la mobilité, l'état confusionnel, les troubles des fonctions cognitives et la dépression.

- Les troubles de l'équilibre et de la mobilité peuvent être évalués par le « **get up and go test** ».

Ce test permet d'évaluer la qualité de l'équilibre par l'observation de tâches motrices habituelles, sollicitant largement le contrôle postural.

Le sujet est assis sur un siège avec accoudoir placé à 3 mètres d'un mur. Il lui est demandé de se lever, d'observer une station immobile quelques instants puis de marcher jusqu'au mur, de faire demi-tour sans toucher le mur, de revenir à la chaise et de s'asseoir.

La cotation se fait sur une échelle de 1 à 5 et est relativement imprécise.

Par contre, le **Timed Up and Go** a été bien validé.

Le déroulement du test est simplifié : le patient se lève d'un fauteuil, marche trois mètres, se retourne, revient et s'assied dans le fauteuil.

Ce test permet de classer la mobilité des patients en trois groupes :

1. Les sujets réalisant le test en moins de 20 secondes sont totalement indépendants.

2. Les sujets qui réalisent le test en plus de 20 secondes et en moins de 30 secondes ont des aptitudes de mobilité incertaines.

3. Les sujets qui réalisent le test en plus de 30 secondes sont dépendants physiquement pour l'ensemble des actes de la vie courante.

- L'état confusionnel est difficile à distinguer de la démence sans connaître l'état antérieur des fonctions cognitives du patient.

- Les troubles des fonctions cognitives sont difficiles à évaluer dans le cadre de l'urgence. On peut utiliser l'orientation temporo-spatiale du patient, sa capacité à tenir une conversation, l'observation de son comportement.

- La dépression est très souvent méconnue alors qu'elle peut bénéficier d'un traitement. On peut s'appuyer sur le **mini-GDS** (Geriatric Depression scale). Un patient ayant un score supérieur à 1 est fortement suspect de dépression (voir tableau 6).

Tableau 6 : score de dépistage d'une dépression :Le mini-GDS

- | | |
|--|------------------|
| 1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ? | oui = 1, non = 0 |
| 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | oui = 1, non = 0 |
| 3. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ? | oui = 0, non = 1 |
| 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | oui = 1, non = 0 |

SI SCORE TOTAL >1, TRES FORTE SUSPICION DE DEPRESSION

SI SCORE TOTAL = 0, TRES FORTE PROBABILITE D'ABSENCE DE DEPRESSION

✓ Dans le deuxième cas, il n'existe pas de problème gériatrique patent et les patients âgés doivent alors bénéficier d'un test de dépistage pour déceler un problème gériatrique latent.

Le test ISAR (Identification of Senior At Risk) semble à ce jour le mieux adapté (voir tableau 7).

Il est composé de six questions et semble rapide à réaliser.

Tableau 7 : Le test ISAR

QUESTIONS	
1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?	Oui / Non
2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?	Oui/Non
3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?	Oui / Non
4- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?	Oui/Non
5- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoires ?	Oui/Non
6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?	Oui/Non
Questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'évènements indésirables	
Un patient est considéré à risque d'évènement indésirable (déclin fonctionnel réadmission) avec plus de 2 réponses positives	

4 PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES CHEZ LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS

4.1 Recommandations de prescription aux urgences

Aux urgences, il faut savoir discuter et hiérarchiser les prescriptions antérieures en fonction de l'état clinique du patient et de la pathologie aiguë (14).

Certaines prescriptions peuvent être interrompues :

- ✓ certaines sont potentiellement dangereuses : par exemple, poursuivre des AINS ou des IEC au cours d'une déshydratation, ou des biguanides lors d'une insuffisance rénale,
- ✓ d'autres sont antagonistes : diurétiques et réhydratation,
- ✓ d'autres encore sont d'efficacité non prouvée comme les veinotoniques ou les traitements vasoactifs cérébraux.

Mais en revanche, il faut poursuivre le traitement de pathologies chroniques associées : traitement antihypertenseur, anticoagulants, bronchodilatateurs, antiparkinsoniens, antidépresseurs, corticoïdes... .

Quant aux traitements initiés aux urgences pour le traitement de pathologies aiguës, on préférera des médicaments à pharmacocinétique courte, faible fixation protéique et à élimination mixte. On évitera les médicaments à marge thérapeutique étroite.

Il existe des précautions à prendre en fonction de la classe thérapeutique, on citera :

- ✓ les antalgiques : la posologie initiale des opioïdes per os est à diminuer, de même la morphine injectable doit s'utiliser avec une surveillance accrue et des doses plus faibles,
- ✓ les AINS : il faut limiter la prescription en durée et être vigilant au risque d'associations dangereuses (IEC, diurétiques),
- ✓ les HBPM : adapter les posologies en fonction de la fonction rénale,
- ✓ les anxiolytiques : préférer les molécules de courte demi-vie, et sans métabolites actifs.
- ✓ les neuroleptiques : attention aux effets anticholinergiques.

4.2 Effets indésirables médicamenteux

Il s'agit d'un problème fréquent : 10 à 20% des hospitalisations de personnes âgées sont dues à un effet indésirable médicamenteux (15). Les sujets âgés consomment plus de médicaments, ont plus de maladies associées que les sujets plus jeunes et sont ainsi plus exposés à ce risque.

Le point d'appel clinique est souvent peu évocateur à type de malaises, chutes, troubles de l'équilibre, altération de l'état général, anorexie, troubles cognitifs ou de la vigilance...

Les effets indésirables peuvent se révéler par :

- ✓ l'hypotension artérielle : les médicaments principalement responsables sont les antihypertenseurs, les dérivés nitrés, les antidépresseurs, les neuroleptiques et les antalgiques opioïdes,
- ✓ des troubles hydroélectrolytiques tels que déshydratation, hyponatrémie (avec les diurétiques) et dyskaliémies (diurétiques mais aussi IEC, corticoïdes, laxatifs),

- ✓ une insuffisance rénale. Avec les IEC, les aminosides et les AINS,
- ✓ des troubles du rythme et de la conduction consécutifs à des troubles hydro électrolytiques (cf. ci-dessus) ou secondaires à un traitement par digitaliques, bêtabloquants, antiarythmiques, inhibiteurs calciques, théophylline,
- ✓ des troubles neuropsychiques. Ils représentent près d'un quart des signes d'appel. Parmi ceux-ci, notons les troubles de la vigilance, de l'équilibre, de la mémoire. Ils peuvent être également la conséquence de troubles hydroélectrolytiques ou être dûs à la prise de neuroleptiques. Il faut se méfier des neuroleptiques cachés tels que metoclopramide, anxiolytiques, antidépresseurs, antiparkinsoniens, opioïdes, anesthésiques, antihypertenseurs centraux...
- ✓ des accidents hémorragiques. Ils concernent surtout les tractus digestif et urinaire, le système nerveux central et le tissu cutané. Les médicaments responsables sont principalement les anticoagulants (en particulier par interactions médicamenteuses) mais aussi l'aspirine,
- ✓ une hypoglycémie suite à un traitement par insuline ou sulfamides hypoglycémiant mais aussi suite à la prise de dextropropoxyphène. Les hypoglycémies sont volontiers atypiques chez le sujet âgé. Attention aux associations avec les sulfonylurées (AVK, AINS, anticomitiaux),
- ✓ une chute qui peut résulter de mécanismes divers : hypotension artérielle, trouble de la vigilance, hypoglycémie déjà évoqués ci-dessus,
- ✓ des signes digestifs : ulcération gastroduodénale due aux AINS mais aussi nausées, vomissements (de nombreux médicaments pouvant être en cause mais en particulier théophylline et digitaliques lors de surdosage), diarrhée (antibiotiques à large spectre),
- ✓ des symptômes anticholinergiques sont provoqués par la prise simultanée de plusieurs médicaments de classe pharmacologique différente (neuroleptiques, antihistaminiques H1, disopyramide),
- ✓ une dysthyroïdie principalement liée à l'amiodarone. Elle a souvent un caractère pauci symptomatique et atypique.

Ajoutons encore les accidents de sevrage : ils concernent principalement les benzodiazépines mais aussi les bêtabloquants, certains antihypertenseurs centraux et les corticoïdes.

4.3 En conclusion

La iatrogénie gériatrique est fréquente mais pas inéluctable.

Les médicaments à marge thérapeutique étroite ou de longue demi-vie doivent être évités ou utilisés avec adaptation posologique ; sur le plan biologique, la détermination de la clairance de la créatinine doit être systématique. Les interactions médicamenteuses seront vérifiées avant chaque nouvelle prescription.

On évitera une attitude de prescription excessive car en effet l'incidence des effets indésirables augmente exponentiellement avec le nombre de médicaments prescrits.

Il est également impératif d'harmoniser ses prescriptions avec celles des autres prescripteurs et de hiérarchiser le traitement des maladies en privilégiant le traitement de celles qui présentent un risque vital à court ou moyen terme et celles qui altèrent la qualité de vie.

Le comportement des malades peut être impliqué aussi : on fera attention aux erreurs d'observance et à l'automédication.

Enfin, comme il n'existe pas de « risque zéro », il faut évoquer le diagnostic d'effet indésirable médicamenteux face à un ou plusieurs signes compatibles avec l'administration d'un médicament et inexpliqués par l'évolution de la maladie. Ainsi, on pourra dépister précocement certains accidents et diminuer leur gravité.

5 LES STRUCTURES D'ACCUEIL POUR PERSONNES AGEES EN FRANCE

En France, les personnes âgées de plus de 80 ans représentaient 2% de la population totale en 1960. Cette tranche d'âge atteindra 5,9% en 2010.

La plupart des personnes âgées vit aujourd'hui à domicile.

L'âge moyen d'entrée en maison de retraite se situe au-delà de 80 ans.

On note une baisse de la prévalence de la dépendance physique au cours de ces dernières années (5). Elle est passée dans la population âgée de 65 ans et plus de 8,5 à 6,4%.

La dépendance de la population âgée est évaluée par des études épidémiologiques afin de déterminer les besoins en santé publique.

Il existe de nombreuses échelles de mesure de la dépendance parmi lesquelles on citera l'échelle AVQ (Activités de la Vie Quotidienne) de Katz et IADL (Instrumental Activities of Daily Living) de Lawton permettant d'évaluer le retentissement du handicap dans la vie de tous les jours. Cf annexe 2 p 108.

La grille AGGIR cherche à définir le profil de dépendance d'un sujet âgé. Elle permet de définir six groupes : de GIR 1 (personnes les plus dépendantes) à GIR 6 (pas de perte d'autonomie notable). L'appartenance aux groupes GIR 1 à 4 permet de bénéficier de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie).

La prise en charge des personnes âgées par le système de soins est fortement corrélée au niveau de dépendance. Le maintien à domicile est facilité par de nombreuses aides tant matérielles qu'humaines. Le recours à la filière hospitalière est nécessaire ponctuellement et au cours dernières années, on a vu se développer diverses structures spécifiques aux personnes âgées. Enfin, le recours à l'institutionnalisation peut devenir nécessaire surtout pour les grands vieillards.

5.1 Politique gérontologique en France

Au départ, il n'y avait pas de politique spécifique destinée aux personnes âgées. Seule existait une politique d'assistance aux pauvres dont beaucoup étaient des personnes âgées. Des associations caritatives proposaient alors des aides ménagères financées par l'Aide Sociale et les Caisses d'Assurance Maladie.

Depuis 1962, date de la production du rapport Laroque, une politique spécifique à la prise en charge des personnes âgées a été instaurée en France. Elle s'est développée par étapes, tenant compte des évolutions démographiques, économiques et sociétales (16).

✓ 1962 : le rapport Laroque marque le véritable lancement de la politique gérontologique en France. Il entre dans une démarche de responsabilité collective face au problème de la dépendance, justifiée par la nucléarisation de la famille et sous-tendant un parti pris de professionnalisation de l'aide. Il affirme comme priorité le maintien au domicile.

Il est suivi de la mise en place de mesures de soutien de manière centralisée : développement de clubs, de foyers restaurants et de services d'aides ménagères.

✓ 1975 : une loi crée l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) ; une autre loi réorganise les établissements médico-sociaux en distinguant maisons de retraite et longs séjours.

✓ 1981 : création d'une structure ministérielle spécifique aux personnes âgées. Un cadre réglementaire est donné aux Services de Soins Infirmiers à Domicile pour Personnes Agées (SSIDPA) ce qui se traduit par leur expansion rapide.

✓ 1983 : la Loi de décentralisation amorce un transfert massif des responsabilités de l'Etat aux collectivités territoriales et l'Aide Sociale passe sous la responsabilité des Conseils Généraux.

✓ à partir de 1986, sont créées les associations intermédiaires et les entreprises d'insertion dont certaines ont pour objet le maintien à domicile des personnes âgées. De plus, l'embauche directe d'aides à domicile est facilitée par l'exonération des cotisations sociales patronales accordée aux personnes âgées de 70 ans et plus.

✓ 1989 : Loi sur l'hébergement des personnes âgées en famille d'accueil à titre onéreux.

✓ la loi du 31/12/91 crée les Associations de services aux personnes.

✓ la loi du 29/01/96 ouvre le soutien à domicile à la concurrence des associations intermédiaires et des entreprises d'insertion ainsi que du secteur marchand.

✓ 1^{er} Janvier 1997 : mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), attribuée sous conditions de ressources à partir de 60 ans à des personnes dont le niveau de dépendance se situait du GIR 1 au GIR 3 (évalué grâce à la grille AGGIR), résidant à domicile ou en établissement. Il existait une possibilité de recours sur succession, très dissuasif. Cette mesure a eu peu de succès (143.000 bénéficiaires en 2001).

✓ 1^{er} janvier 2002 : mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (Cf. Infra)

Les difficultés prévisionnelles de financement ont amené à modifier les modalités de son calcul au 1^{er} Avril 2003.

✓ depuis 2000, une politique de coordination gérontologique se met en place avec la création des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) financés par l'Etat par l'intermédiaire des DDASS et DRASS.

✓ 1^{er} Juillet 2002 : création de la Démarche de Soins Infirmiers (DSI) qui devrait permettre de rationaliser la prise en charge infirmière, en coordination avec le médecin traitant. Ainsi, le secteur infirmier libéral est associé à un type de prise en charge coordonnée qui était à ce jour l'apanage des Services de Soins à Domicile pour Personnes Agées.

5.2 Maintien à domicile

Le patient gériatrique est très vulnérable à toute rupture avec son environnement habituel ; celle-ci est source de décompensation tant sur le plan physique que psychique. Il convient donc de privilégier autant que possible une prise en charge de proximité.

5.2.1 Rôle des CLIC

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) créés en 2000 sont dévolus à la prise en compte au niveau local, des personnes âgées dépendantes pour permettre une action gérontologique en réseau. Ce sont des structures conçues pour favoriser au niveau local les rapprochements entre les secteurs médical et social (17).

Chaque CLIC est un « guichet » d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation destiné aux personnes âgées et à leur entourage. Il rassemble toutes les informations, coordonne les moyens et mobilise les ressources pour aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne.

Sur le plan individuel, il permet de réaliser une évaluation globale multidimensionnelle, préalable à une prise en charge de qualité, afin de traiter au mieux les conséquences des pathologies chroniques stabilisées. L'évaluation aboutit à un plan d'aide personnalisé, prenant en compte la situation médicale, fonctionnelle et les aspects d'ordre social qui définit les différentes interventions nécessaires (aides humaines, matérielles et techniques) pour améliorer les conditions de vie de la personne et de son entourage. Il faut alors mobiliser des ressources financières provenant de plusieurs sources. La coordination des professionnels qui vont apporter leur aide à la personne âgée est une autre mission du CLIC ainsi que le suivi des personnes dépendantes.

A ces missions individuelles s'ajoutent des missions collectives de prévention primaire (sur les facteurs conduisant fréquemment les personnes âgées à la dépendance tels que chutes,

mauvaise alimentation...) et secondaire (atténuer les conséquences des états chroniques) ainsi qu'une mission de veille relative aux personnes âgées fragiles et une mission d'observatoire.

En novembre 2004, il existait environ 500 CLIC (17) et leur nombre continue d'augmenter. On distingue trois niveaux en fonction de leur stade de développement :

- niveau 1 : ils ont seulement une fonction d'information et d'orientation des personnes.
- niveau 2 : ils réalisent des évaluations globales multidimensionnelles afin de proposer des plans d'aide personnalisés.
- niveau 3 : outre les missions précédentes, ils ont en charge la coordination des professionnels du secteur sanitaire et du secteur social.

5.2.2 Les aides disponibles pour le maintien à domicile

Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans le maintien à domicile et peut l'organiser grâce à des aides humaines, matérielles et sociales.

Les aides humaines : elles sont représentées par la famille, aidant « naturel » mais aussi par les auxiliaires médicaux (IDE et Kinésithérapeute du secteur libéral) prescrits de façon ponctuelle ou dans le cadre d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), aide-ménagère également .

Les aides matérielles :

- personnelles : elles sont extrêmement nombreuses et permettent de limiter le handicap physique en aidant ou en se substituant à la personne : lit électrique, déambulateur, cannes anglaises, fauteuil roulant. Mais aussi lunettes, appareils dentaires et audioprothèses malheureusement mal pris en charge par l'assurance maladie.

- autour de la personne âgée : portage de repas à domicile, service de téléalarme.

Les aides sociales :

Il existe des aides au logement : APL (Aide Personnalisée au Logement) et ALS (Allocation de Logement à caractère Social).

Et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (18)

Elle est entrée en vigueur au 1^{er} Janvier 2002 (loi du 20 Juillet 2001 et du 1^{er} Avril 2003), s'adresse aux personnes de 60 ans ou plus dont le niveau de dépendance est évalué de GIR 1 à GIR 4. Cependant, aux dernières estimations, 85% des bénéficiaires ont plus de 75 ans et 44% ont plus de 85 ans.

Elle peut être versée à une personne vivant à domicile ou en établissement.

A domicile, une équipe médico-sociale établit la liste des dépenses nécessaires au maintien à domicile : aides à domicile, aides techniques, réalisation de petits travaux d'aménagement du logement ou encore recours à un hébergement temporaire, à un accueil de jour.

Pour chaque GIR, le montant maximal du plan d'aide fait l'objet d'un barème, arrêté au niveau national. L'ouverture des droits n'est pas soumise à conditions de ressource mais une participation financière est laissée à la charge du bénéficiaire, modulée en fonction de ses ressources et variant de 0 à 90% du plan d'aide.

Le plan d'aide moyen est de 481 € par mois, ce montant augmente logiquement avec le degré de perte d'autonomie. Actuellement, l'allocation atteint en moyenne 87% du plan d'aide.

Au cours du premier trimestre 2005, en moyenne 94% du plan d'aide étaient consacrés à des aides en personnel et 6% à d'autres aides telles que des services de téléalarme, de portage de repas, d'acquisition d'un fauteuil roulant...

En établissement, l'APA aide ses bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance, variable en fonction du GIR. Le montant de l'allocation est également réduit d'une participation laissée à la charge de la personne âgée en fonction de ses revenus. Le montant versé permet d'acquitter en moyenne 67% du tarif dépendance de l'établissement.

L'APA peut également être versée par le Conseil Général sous la forme d'une dotation budgétaire globale afférente à la dépendance qui prend en compte le niveau de perte d'autonomie moyen des résidents de l'établissement. Elle est alors versée à l'établissement sous la forme d'acompte mensuel.

Au 31 Mars 2005, 873.000 personnes bénéficiaient de l'APA soit une augmentation de 0,9% par rapport au 4^{ème} trimestre 2004.

59% des bénéficiaires vivaient à domicile et 41% en établissement. Ces derniers sont en moyenne sensiblement plus dépendants.

Parfois, la prise en charge à domicile peut être facilitée par une consultation ou un pôle spécialisé, de manière ambulatoire.

A certains moments, l'hospitalisation est nécessaire et il existe plusieurs structures d'accueil...

5.3 L'organisation gériatrique à l'hôpital

- Les consultations et les pôles d'évaluation gériatrique

Ils peuvent permettre des admissions à l'hôpital de manière programmée et éviter un passage par le service des urgences.

Les consultations gériatriques offrent à la personne âgée la possibilité de bénéficier d'un bilan médico-psycho-social.

L'hôpital de jour gériatrique (HDJ) propose des bilans approfondis de manière pluridisciplinaire.

Une étude réalisée en 2002 (19) recensait 80 Hôpitaux de Jour Gériatrique, totalisant 955 places et prenant en charge 10.300 patients par an. La moyenne d'âge des patients était de 77 ans.

Ces structures sont rattachées à un centre hospitalier et leur responsable est un médecin.

Il existe trois catégories d'HDJ gériatrique :

-Les HDJ d'évaluation avec une activité exclusivement diagnostique,

-Les HDJ d'évaluation-réadaptation,

-Les HDJ de psycho gériatrie.

Les pathologies prises en charge sont majoritairement des syndromes démentiels ou des poly pathologies intriquées entraînant des handicaps (19).

L'objectif de l' HDJ gériatrique est le maintien à domicile de personnes âgées par le soin ambulatoire.

Dans le cadre du Plan Alzheimer 2004-2007, il se développe aussi des consultations mémoire dans le but d'améliorer le dépistage et la prise en charge des pathologies

déméntielles. L'objectif visé en 2007 est une consultation mémoire pour 15.000 personnes âgées de 75 ans et plus et que chaque territoire de santé soit pourvu au moins d'une consultation mémoire.

La circulaire du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 définit les missions des consultations mémoire. Elles ont pour rôle de diagnostiquer un syndrome démentiel et le type de démence, de participer au suivi des personnes malades en partenariat avec les médecins de ville et de participer à la formation des professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles démentiels.

- le service de Médecine et de Chirurgie classique

Le grand âge ne constitue pas un critère d'exclusion pour une admission en service de spécialité. Cependant, dans le cadre de patients poly-pathologiques comme c'est souvent le cas, une approche globale est la plus adaptée ; c'est la raison pour laquelle a été créé le court séjour gériatrique.

- le court séjour gériatrique

C'est un service où la prise en charge est assurée par une équipe pluridisciplinaire formée à la gériatrie. Cette équipe procède à une évaluation globale et individualisée du patient à la fois médicale, psychologique et sociale. Elle propose un traitement adapté à l'état de santé et organise la prise en charge ultérieure.

L'objectif est de favoriser les admissions directes en service de gériatrie sans passage préalable par le service des urgences. Dans cette optique, il faut renforcer le partenariat entre la médecine de ville et l'hôpital.

- équipe mobile gériatrique

Ses missions sont définies dans la circulaire du 18 Mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique.

C'est une unité fonctionnelle hospitalière pluridisciplinaire qui vise à organiser une prise en charge transversale, spécifiquement adaptée aux personnes âgées.

Elle utilise une méthode et des référentiels tels que l'évaluation gériatrique multidimensionnelle.

Elle dispense un avis spécialisé dans l'ensemble des services y compris aux urgences où elle permet une meilleure orientation des patients (20).

Des hospitalisations ou ré hospitalisations peuvent ainsi être évitées en organisant le retour à domicile du patient avec les aménagements et les aides nécessaires.

Si besoin, un rendez-vous à l'hôpital de jour est organisé et enfin en cas de décision d'hospitalisation, l'admission dans un service de gériatrie ou l'admission précoce en soins de suite est facilitée.

Les équipes mobiles de gériatrie ont une activité intra hospitalière mais étant un partenaire de choix pour l'évaluation des patients âgés fragiles, elles sont aussi, de fait, une interface avec le secteur médico social et les réseaux ville-hôpital tels que les CLIC (20).

- le secteur de soins de suite et de réadaptation

Il s'agit de structures accueillant les patients lorsque le retour à domicile n'est pas immédiatement possible à l'issue de l'hospitalisation.

Ses fonctions sont nombreuses (21) :

- limitation des handicaps physiques, ce qui implique la mise en œuvre d'une rééducation physique, voire d'appareillages et d'adaptation au milieu de vie,

- restauration somatique et psychologique grâce à la stimulation des fonctions de l'organisme, compensation des déficiences provisoires, accompagnement psychologique,

- éducation du patient et éventuellement de son entourage par le biais des apprentissages, de la préparation et de l'adhésion au traitement,

- poursuite et le suivi des soins qui sont adaptés en vérifiant l'observance du malade ainsi que l'apparition éventuelle d'effets iatrogènes,

- préparation de la sortie et de la réinsertion en engageant aussi rapidement que possible, les demandes d'allocation et d'aides à domicile.

Une bonne articulation est nécessaire avec les services de court séjour gériatrique.

Deux malades sur trois accueillis dans ces structures ont plus de 65 ans et plus de 50% ont plus de 75 ans (21).

On comprend par conséquent la nécessité de développer une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des patients gériatriques, le but principal étant de recouvrer un maximum d'autonomie.

- hospitalisation à domicile

C'est une interface hôpital/domicile.

Elle est considérée comme un service de l'établissement hospitalier et peut prendre en charge des patients âgés mais ce n'est pas son seul public.

Le patient est soigné à domicile par une équipe soignante (infirmière, kinésithérapeute, aide soignant) et reçoit l'ensemble des soins et des traitements nécessaires. Le médecin du patient coordonne les soins.

Elle permet de construire le retour à domicile et d'organiser le relais entre les soins intra hospitaliers et la prise en charge à domicile. Elle peut permettre également d'éviter une hospitalisation.

Le maintien d'une personne âgée à domicile peut devenir impossible et c'est alors le recours à l'entrée en institution, véritable tournant qui signifie abandon du domicile, chargé de souvenirs...

5.4 Les structures d'hébergement

On distingue deux types de structures d'hébergement : celles à caractère social et celles à caractère sanitaire. Le choix est guidé par le degré de dépendance, le niveau de soins requis et les possibilités financières.

5.4.1 Les structures d'hébergement à caractère social

Les foyers logements

Les résidents sont propriétaires ou locataires. Les services d'aide ménagère et les services de soins infirmiers à domicile peuvent y intervenir. Une sécurité matérielle peut être organisée mais elle n'est en rien sanitaire.

Les maisons de retraite

Elles sont publiques ou privées à but lucratif ou non. Les tarifs d'hébergement sont très variables.

L'établissement offre en général des soins de nursing simple et tous les soins médicaux ou paramédicaux sont pris en charge par des intervenants libéraux extérieurs.

L'accueil familial

C'est l'hébergement dans une famille, moyennant rémunération. Ce dispositif est peu développé.

5.4.2 Les structures d'hébergement à caractère sanitaire

Les services de soins de longue durée (anciennement dénommés long séjour)

Ils reçoivent des personnes âgées dépendantes qui ont besoin de soins et d'une surveillance médicale continue.

La section de cure médicale

Elle est présente dans certaines maisons de retraite.

Elle permet la poursuite d'un traitement d'entretien, d'une surveillance médicale et des soins paramédicaux.

6 LA FILIERE GERIATRIQUE A LUNEVILLE

La circulaire n° 2002/157 du 18 Mars 2002 donnait les axes à suivre sur le plan national pour améliorer la filière de soins en faveur des patients gériatriques.

Sur le plan local, dès le début de l'année 2003, diverses réflexions ont été menées afin d'organiser un pôle de compétences sur le Centre Hospitalier de Lunéville, pour permettre l'établissement d'un diagnostic pertinent et répondre aux différentes problématiques rencontrées chez la personne âgée.

Ainsi, il existe déjà une consultation mémoire et un hôpital de jour gériatrique.

En outre, des travaux ont été menés afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées.

Cependant beaucoup reste encore à faire comme l'accueil de jour, la création d'une unité mobile gériatrique et surtout le développement du travail en réseau.

6.1 La consultation mémoire

Elle existe depuis Mars 2004 et est assurée par Madame le Dr Gantois, Gériatre.

Elle complète le travail réalisé par le Dr Debruille, psychiatre.

Actuellement, une demande de labellisation est en cours à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) pour obtenir des moyens supplémentaires.

6.2 L'hôpital de jour gériatrique

Il est ouvert depuis le mois d'Octobre 2004 et fonctionne trois jours par semaine.

Il est assuré par une équipe composée d'une IDE, d'une aide-soignante, d'un médecin gériatre et peut bénéficier de l'aide d'un psychiatre, d'une diététicienne, d'un kinésithérapeute et d'une assistante sociale. L'équipe de l'unité de psychologie médicale collabore également.

Les demandes d'admission proviennent du médecin traitant et /ou de la famille. Elles peuvent aussi émaner d'un médecin hospitalier pour des patients rentrés à domicile mais nécessitant un bilan complémentaire.

Le sujet âgé peut vivre à domicile, en résidence ou en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Une consultation préalable auprès du gériatre permet d'organiser le bilan sur plusieurs jours.

Les principaux axes d'évaluation sont : affections neurologiques et psychiatriques, troubles de la marche, risque de chute, troubles nutritionnels, perte d'autonomie, iatrogénie et problèmes sociaux.

L'évaluation se déroule sur deux à trois jours pour chaque patient.

L'HDJ gériatrique permet d'apporter une aide en proposant une évaluation médicopsychosociale approfondie de la personne âgée un plan d'aide à domicile.

Il a aussi un rôle de prévention : évite les ruptures de maintien à domicile, délétères, anticipe l'institutionnalisation, et prend également des mesures de prévention d'ordre plus général visant à prévenir les chutes, la dénutrition, les troubles de la mémoire.

A Lunéville, il fonctionne actuellement trois jours par semaine à raison de trois places par jour.

De son ouverture début Octobre 2004 à fin mars 2005, soit sur une période de 6 mois, 51 patients ont été évalués à l'hôpital de jour, et parmi ceux-ci, 40 étaient âgés de plus de 75 ans.

Ces chiffres sont relativement faibles mais correspondent à la période de mise en place de cette structure au sein de la filière gériatrique du Lunévillois.

Actuellement, en septembre 2005, les trois places disponibles trois jours par semaine sont quasiment toujours occupées.

En cas d'augmentation de la demande, il existe une possibilité de prendre en charge 5 patients chaque jour d'ouverture.

6.3 Amélioration de la prise en charge de la personne âgée

A Lunéville, plusieurs groupes de travail en place depuis 2002 ont élaboré des documents dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées à l'U.P.A.T.O.U et dans les services d'hospitalisation.

- Prise en charge de la personne âgée arrivant à l'U.P.A.T.O.U

A l'accueil de toute personne âgée, le personnel paramédical doit recueillir des informations sur le mode de vie, l'environnement auprès des vecteurs ayant effectué le transport (ou auprès des accompagnants) et consulter la fiche de transmission, si elle existe.

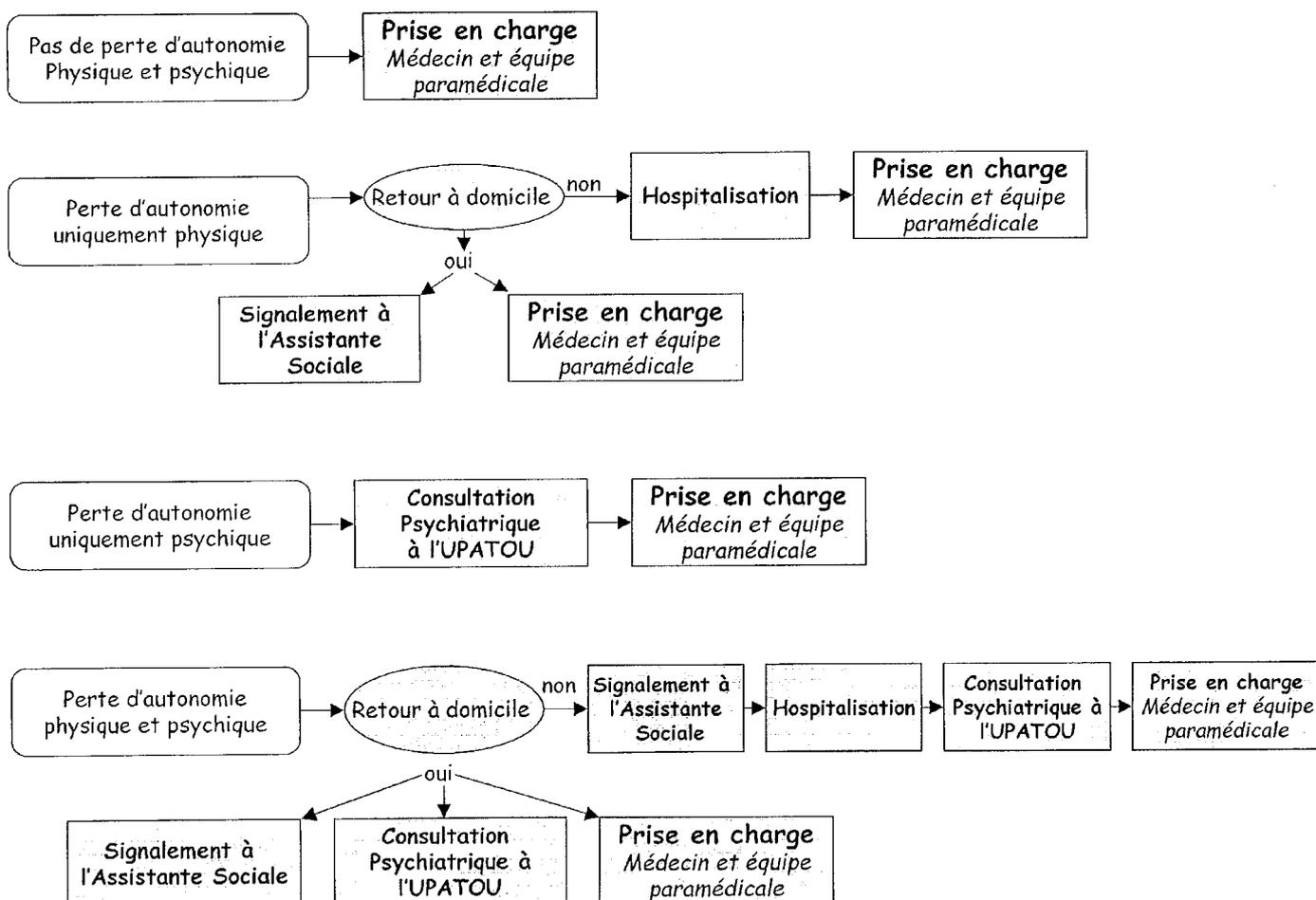
Le médecin, idéalement, devrait remplir une grille AGGIR ce qui permettrait d'évaluer l'autonomie physique et psychique de la personne et d'organiser une prise en charge adaptée, avec le concours si nécessaire de l'assistante sociale et/ou de la consultation psychiatrique.

Un référentiel « Retour du patient à partir de l' U.P.A.T.O.U » a ainsi été proposé.

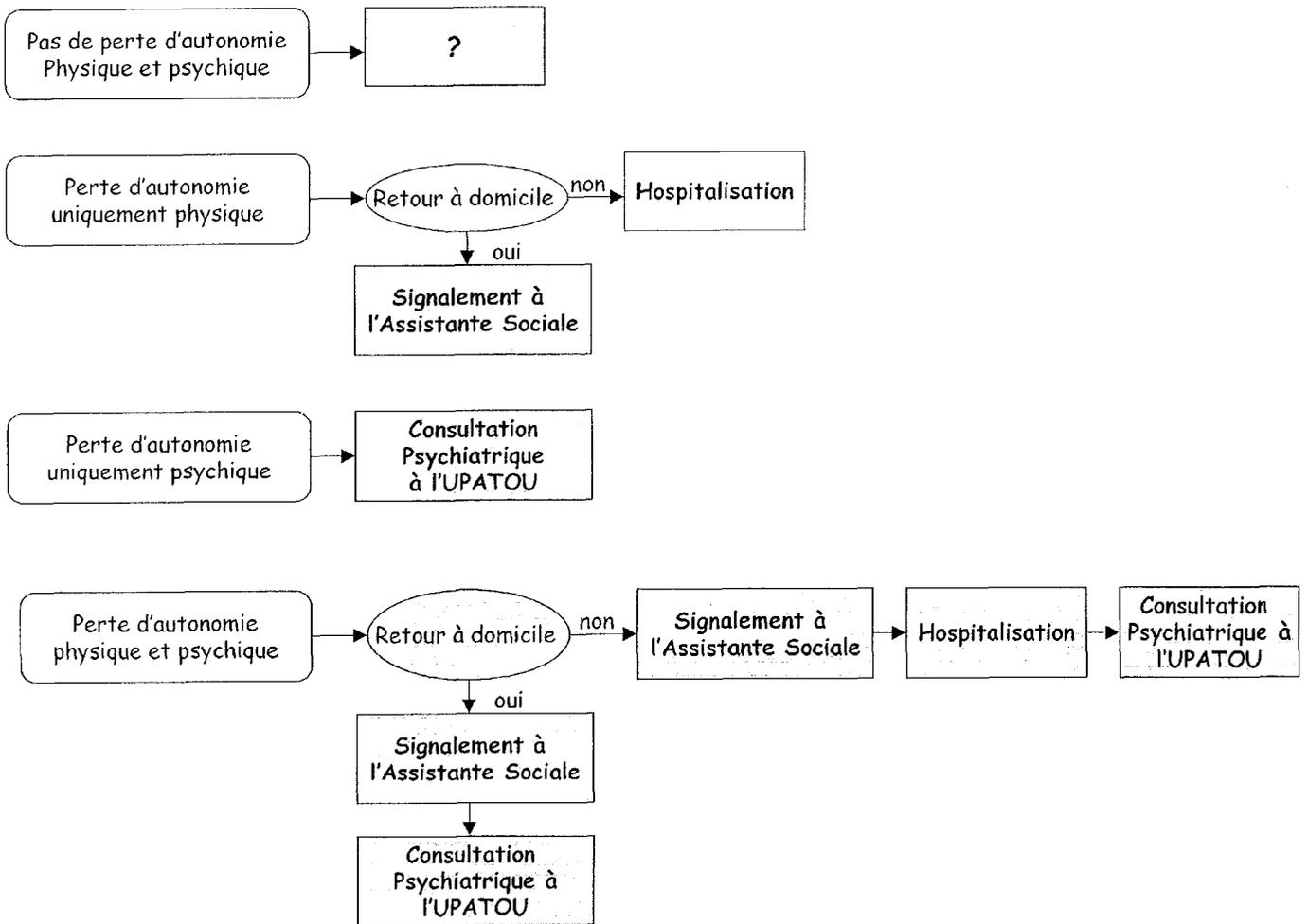
Il existe en fait deux référentiels (voir schémas 3 et 4) : le premier en cas de problème médical avéré (ici on entend le terme médical au sens large, il peut s'agir d'un problème chirurgical bien sûr), le second en cas de constat d'absence de problème médical aux urgences.

Schéma 3 : référentiel prise en charge du patient âgé à l'U.P.A.T.O.U en cas de problème médical.

Problème médical



Pas de problème médical



Ces deux référentiels montrent la nécessité d'une évaluation multidisciplinaire du patient avec l'intervention, si nécessaire de différents professionnels tels que l'assistante sociale et l'équipe psychiatrique de l'Unité de Psychologie Médicale.

Il est donc important que l'équipe médicale et paramédicale, au-delà de la prise en charge de problèmes purement médicaux, veille à identifier les patients souffrant d'une perte d'autonomie physique et/ou psychique. En effet, celle-ci pourra être prise en charge de manière adaptée dès les urgences.

- Amélioration de la sortie vers le domicile

Un référentiel a également été élaboré, ainsi qu'une fiche de liaison hôpital domicile (cf. annexes 3, 4 et 5 pp 109-111)

6.4 Le travail en réseau

Récemment, début novembre 2005 a été créé un réseau pour personnes âgées du Lunévillois, dénommé RESEAULU. Il a pour but d'informer les personnes âgées, d'offrir une prise en charge optimale à domicile, d'éviter les hospitalisations médicalement injustifiées et d'améliorer la qualité du retour à domicile.

Il assure la coordination entre les différents partenaires qui sont les professionnels de santé du secteur libéral (médecins généralistes, paramédicaux libéraux et pharmaciens), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les associations d'aide à domicile, les assistantes sociales de secteur, le CLIC, les services hospitaliers (dont l'hôpital de jour gériatrique), les EHPAD.

Il fonctionnera avec un médecin gériatre (80%), une infirmière coordinatrice (temps partiel), une psychologue (temps partiel), une ergothérapeute (temps partiel) et une secrétaire (temps partiel).

La personne âgée ou son entourage ainsi que les différents partenaires peuvent faire appel au réseau grâce à un numéro de téléphone. Selon les besoins, il peut s'agir de donner de simples renseignements, ou d'orienter vers le partenaire adapté ou encore de faire déplacer l'équipe mobile gériatrique.

Une équipe mobile gériatrique va donc être mise en place. Elle aura pour but de réaliser une évaluation médico-sociale à domicile afin d'élaborer un projet d'aide et de soins en concertation avec les partenaires concernés.

7 PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES AUX URGENCES. REVUE DE LA LITTERATURE

Le vieillissement de la population entraîne un vieillissement des personnes âgées hospitalisées et en particulier des personnes vues dans les services d'urgence.

Les services d'accueil d'urgence sont de plus en plus souvent confrontés à l'admission de personnes âgées. Au cours de ces dernières années, des études ont été menées dans différents centres hospitaliers afin d'étudier les caractéristiques de cette population particulière dans le but d'en améliorer la prise en charge sanitaire et sociale.

Peu d'études se sont penchées sur la nature urgente ou non de l'admission des personnes âgées dans un SAU (Service d'Accueil des Urgences). Dans une enquête réalisée dans un CHG, 36% des personnes âgées consultant aux urgences médicales ne présentaient pas de pathologie à caractère urgent et auraient pu bénéficier d'une consultation préalable hospitalière (22).

Une étude rétrospective réalisée au CHG de Pau en 1999 retrouvait un taux de 16,7% de passages inappropriés de personnes âgées aux urgences (23). Elle concluait également que le fait qu'un médecin soit à l'origine de la consultation n'en garantit pas le caractère adéquat.

FOURCADE et ali ont rapporté que la concordance inter observateur sur le caractère évitable de l'admission paraît faible et après consensus, seulement 13% des admissions en urgence semblaient évitables (24).

L'enquête réalisée par DAVIDO à la Pitié-Salpêtrière en 1991 constatait 20 à 25% de passages non justifiés sur l'ensemble de la population.

Dans une étude américaine, BUESCHING ne trouve que 5,3% de consultations inappropriées aux urgences parmi les sujets de plus de 65 ans mais les personnes hospitalisées ou adressées par un médecin sont considérées d'emblée comme usagers adéquats. Dans une autre étude américaine, ETTINGER montre que la pertinence d'utilisation des urgences est meilleure pour la population âgée que pour les adultes jeunes.

7.1 Caractéristiques des personnes âgées admises aux urgences

La prévalence des admissions de personnes âgées de plus de 75 ans dans les services d'urgences en France varie selon les études de 10 à 30% (25, 26, 27, 28). Aux Etats-Unis, on note 15% de sujets âgés de plus de 65 ans pour McNamara et 19% de plus de 75 ans pour Lowenstein (30). Il faut s'attendre à une augmentation de ces chiffres si on considère le vieillissement de la population.

L'âge moyen varie entre 80 et 85 ans d'autant plus que l'âge inférieur d'inclusion est différent (26, 27, 31).

On note une nette prépondérance féminine (reflet de la différence des espérances de vie selon le sexe) qui s'accroît avec l'âge variant de 55 à 78% (25, 26, 27).

Les patients viennent en majorité de leur domicile : 67 à 82% (23, 26, 27) en ambulance (60% en moyenne) adressés par leur médecin traitant dans 70% des cas environ (22, 25, 31).

En comparaison, la population générale vient consulter sur sa propre initiative dans 70% des cas et arrive trois fois sur quatre aux urgences par ses propres moyens (32).

Le patient vit seul à son domicile dans une proportion de 26 à 37%, avec des proches ou en institution (25 à 37%) (22, 26, 27,28)

La répartition des admissions sur le nyctémère retrouve habituellement un pic à 12h un autre à 16h. Les admissions sont majoritairement diurnes (70 à 80%) (23, 25, 28, 33).

Habituellement un courrier accompagne le patient (57 à 81% des cas).

Cependant, on retrouve près de 11% de patients qui arrivent seuls et sans courrier ce qui complique et allonge particulièrement la prise en charge en rendant difficile le recueil d'information sur les antécédents, le traitement habituel, le mode de vie (25). Parfois, de nombreux appels téléphoniques sont nécessaires pour recueillir toutes ces données (famille, médecin traitant, aides à domicile, pharmacie...).

7.2 Les profils pathologiques et les motifs d'admission

Plusieurs études se sont intéressées au niveau de dépendance, car de celui-ci dépend considérablement l'orientation des patients âgés admis aux urgences. Les chiffres diffèrent selon le mode d'évaluation : échelle de mesure des activités de la vie quotidienne de Katz, grille AGGIR ...

Le degré d'autonomie varie de 50 à 70% (25, 26, 27).

Concernant les motifs d'admission, on note que la poly-pathologie est dominante (60 à 80%) (25, 33).

Si le service d'accueil des urgences est médicochirurgical, on évalue la part des pathologies médicales à 75% alors que les pathologies chirurgicales ne concernent que de 25% des admissions (25).

La plupart des études (22, 27, 32) placent la pathologie cardiovasculaire au premier plan, puis la pathologie respiratoire.

Certaines études (34) individualisent une catégorie intitulée « pathologie gériatrique spécifique » qui regroupe altération de l'état général, chutes, malaises, troubles de la marche. Ces motifs reflètent les caractéristiques de la pathologie gériatrique dont la symptomatologie est souvent atypique et paucisymptomatique.

Les urgences sociales (problème de maintien à domicile en particulier) isolées ont une incidence faible et occupent entre 1,3 et 10% des cas (25, 34).

Le plus souvent, les éléments médicaux et sociaux coexistent ce qui justifie la nécessité d'une prise en charge médico-sociale de la personne âgée.

7.3 Durée de prise en charge et orientation

De nombreuses études montrent que le temps de passage aux urgences est plus long pour les sujets âgés que pour les adultes jeunes, probablement en rapport avec la complexité des problèmes médicaux incluant des présentations cliniques atypiques et la poly-pathologie des personnes âgées.

La durée moyenne est inférieure à 4 heures (22, 23, 27, 35), et elle est plus longue pour la pathologie médicale que chirurgicale (35).

Cette durée est très difficilement interprétable en raison du manque d'information sur les objectifs et les modalités exactes de fonctionnement des Services d'Accueil des Urgences (SAU), en particulier dans les centres hospitaliers universitaires, les bilans complémentaires y étant beaucoup plus exhaustifs que dans les SAU des Centres Hospitaliers Généraux (CHG).

Le rôle du SAU dans la prise en charge de tout patient quel que soit son âge est double : tout d'abord une activité diagnostique et thérapeutique, puis une activité d'orientation à la sortie du SAU.

La première phase peut se trouver considérablement allongée pour des patients poly-pathologiques, nécessitant un interrogatoire et un examen clinique long et minutieux souvent suivi par des examens complémentaires multiples (bilan biologique, radiologique, consultation de neurologie, de cardiologie) (32)

La phase d'orientation est rendue difficile par deux éléments en apparence antinomiques : la poly-pathologie des personnes âgées et la spécialisation des services hospitaliers.

Il est à noter également que les délais d'attente aux urgences sont proportionnels à la taille de l'établissement, de même que les délais d'attente pour trouver un lit (36).

7.4 Orientation des patients

Dans la population française, 19% des patients consultant aux urgences sont hospitalisés (32). Ce taux augmente avec l'âge.

Dans diverses études françaises, on observe des taux d'hospitalisation pour les plus de 75 ans allant de 62 à 93 % (25, 27, 28, 34, 35, 37). Tout se passe comme si les urgences jouaient le rôle de porte d'entrée pour des hospitalisations non programmées (32).

Le mode d'arrivée aux urgences influence la décision d'hospitaliser : les patients adressés par un médecin sont beaucoup plus souvent hospitalisés que ceux venant consulter sur leur propre initiative (31). De plus, l'âge est significativement lié à la décision d'admission également.

Environ un quart des malades retournent à leur domicile ce qui conduit à suggérer des alternatives aux urgences.

Le retour à domicile est d'autant plus rare qu'il s'agit d'un problème médical et non chirurgical (35). Il existe une prédominance des causes médicales (75%) par rapport aux causes chirurgicales (25%) (25, 37).

L'étude Octoplus « Accueil des personnes âgées de plus de 80 ans aux urgences » menée à l'échelon national dans tous les services d'urgence (28) retrouvait la répartition suivante au niveau des services d'hospitalisation :

- Admission en UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) : 19,1%,
- Service de chirurgie : 14,9%,
- Service de médecine : 25,6%,
- Spécialité médicale : 22,3%,
- Gériatrie court séjour : 6,4%,
- Hébergement : 6,4%,
- Données manquantes : 0,9%,

Quand le patient doit être hospitalisé, des difficultés d'orientation se posent comme nous l'avons vu précédemment, d'autant plus qu'il s'agit de personnes âgées poly-pathologiques.

Il est reconnu que l'âge est le principal critère qui influe sur l'orientation initiale des patients âgés à partir des urgences (26).

Dans la littérature, l'adéquation entre l'orientation désirée et celle obtenue oscille entre 54 et 92% (25) et la principale cause de non adéquation résulte de l'absence de place dans la structure désirée (27).

Les personnes âgées présentant une monopathologie aiguë isolée sans retentissement sur l'autonomie donc sans problème médico-social ou social surajouté posent peu de difficultés d'orientation et sont pris en charge dans un service de spécialité correspondant à la pathologie (34).

Le groupe des personnes âgées poly-pathologiques pose des difficultés d'orientation en SAU car aucun service de spécialité médicale ni service de médecine interne sans spécificité gériatrique n'est adapté pour accueillir et prendre en charge correctement ces patients âgés, malades et dépendants. La grande majorité des SAU des CHG n'a donc pas, à l'heure actuelle, de structure satisfaisante pour orienter ces personnes âgées.

7.5 Conséquences d'une hospitalisation chez les personnes âgées

Comme nous l'avons vu précédemment, après un recours aux urgences, les personnes âgées sont fréquemment hospitalisées.

Cette hospitalisation peut avoir de nombreux effets délétères sur l'état de santé de personnes fragilisées dont les capacités d'adaptation fonctionnelle sont réduites. Elle peut entraîner un déclin irréversible des capacités fonctionnelles. Une étude a révélé que sur 60 personnes de plus de 75 ans totalement autonomes admises à l'hôpital, 75% ont perdu leur autonomie au moment de la sortie (30).

Une partie de la dégradation de l'état fonctionnel peut être attribuée à des complications spécifiques de la pathologie entraînant l'hospitalisation ainsi qu'aux divers traitements initiés.

Mais une autre part peut s'expliquer par l'hospitalisation elle-même, en particulier par le repos au lit qui a de nombreuses conséquences néfastes :

✓ L'inactivité entraîne une perte de puissance musculaire. En effet, des contractions musculaires d'une force et d'une fréquence minimale sont nécessaires pour maintenir celle-ci. Elle a également pour conséquence un raccourcissement des muscles et des changements de

structure péri articulaire ce qui entraîne une tendance à la limitation des mouvements et des contractions.

✓ Chez une personne âgée qui peut encore effectuer en toute autonomie ses activités de la vie quotidienne, ceci peut aboutir à une situation de dépendance. La perte de puissance musculaire est aussi une cause majeure de chute.

✓ L'alitement en décubitus dorsal équivaut à une perte de volume plasmatique d'environ 600 ml et ceci contribue à augmenter le risque d'hypotension orthostatique et de syncope déjà provoqué par le vieillissement normal.

✓ L'alitement dégrade également la fonction respiratoire en diminuant la ventilation par augmentation du volume mort et également par le biais de la diminution d'expansion de la cage thoracique résultante de la moindre puissance musculaire.

✓ La perte de masse osseuse est connue pour s'accélérer chez un homme alité même en bonne santé et quel que soit son âge. Le risque de fracture s'en trouve augmenté.

✓ Les escarres surviennent fréquemment, se développant après quelques heures d'immobilisation.

L'hospitalisation favorise également l'accroissement de l'incontinence : selon certaines études, 40 à 50% des personnes âgées hospitalisées en souffrent ce qui est bien supérieur au taux retrouvé à domicile (38). A l'hôpital, l'environnement est inhabituel, les barrières du lit sont infranchissables, les perfusions et l'oxygénothérapie ainsi que les dispositifs de surveillance (scope) sont autant d'entraves empêchant la personne de se mouvoir.

La malnutrition et la déshydratation peuvent survenir rapidement chez des personnes âgées hospitalisées. L'anorexie est une caractéristique de nombreuses pathologies mais elle peut être favorisée par une nourriture inhabituelle, rendue moins appétissante par les différents régimes (hyposodé par exemple). Se nourrir au lit peut s'avérer un exercice difficile d'autant plus que les prothèses dentaires ont été oubliées à la maison ! Quant au problème de l'hydratation, il s'agit surtout d'un problème d'accessibilité aux boissons pour le patient.

L'hospitalisation peut également être source de confusion par le changement d'environnement qu'elle implique d'autant plus que les dispositifs palliant certaines altérations sensorielles tels que lunettes et appareils auditifs ne sont pas toujours à la portée du patient.

Beaucoup de facteurs sus cités contribuent aux chutes et aux fractures, toutes deux très fréquentes chez les personnes âgées hospitalisées.

Les infections nosocomiales sont aussi un des effets indésirables d'une hospitalisation et peuvent de même dégrader notablement l'état du patient.

L'hospitalisation peut alors en elle-même être source d'évolution vers la dépendance. Les effets négatifs de l'hospitalisation commencent immédiatement et progressent rapidement. Le temps de récupération (en soins de suite et de réadaptation par exemple) est par contre beaucoup plus long.

Ainsi, des efforts doivent être entrepris pour limiter au maximum les effets délétères de l'hospitalisation lorsque cette dernière ne peut être évitée.

Il existe peu de pathologies qui nécessitent le repos au lit et il faut donc stimuler activement la déambulation pour éviter toutes les conséquences néfastes de l'alitement, et ne pas se contenter de la séance quotidienne de kinésithérapie de 15 minutes.

Il vaut mieux éviter la pose d'une perfusion si celle-ci n'est pas indispensable et s'assurer de la disponibilité de boissons à proximité du patient.

Les barrières ne sont à utiliser que dans certains cas car elles entraînent des chutes graves lorsque le patient passe par-dessus. Les sols doivent disposer de revêtements antidérapants.

Enfin, les horloges, les calendriers, l'utilisation d'effets personnels ainsi que la socialisation aident à l'orientation spatio-temporelle du patient et diminuent le risque de confusion.

Il ne faut pas oublier que l'hospitalisation étant en elle-même un facteur d'évolution vers la dépendance chez les patients fragiles, elle ne doit survenir qu'en cas de nécessité.

7.6 Les possibilités à l'heure actuelle

Différentes expériences ont été menées afin d'améliorer la prise en charge des patients gériatriques.

✓ La présence d'une **Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)** est obligatoire depuis 1991 dans chaque hôpital doté d'un SAU. Elle permet une évaluation globale de la personne âgée mais ne devrait pas être utilisée par manque de lit d'aval. La durée d'hospitalisation dans cette unité ne doit pas excéder 2 jours.

Une vaste étude américaine menée rétrospectivement sur une période de 4 ans a étudié l'utilisation et l'efficacité d'une UHCD pour les patients âgés de plus de 65 ans (39). Il en ressort que les pathologies sont sensiblement différentes de celles de sujets plus jeunes. Le temps de passage est plus long chez les personnes âgées que chez les patients plus jeunes (8h versus 14,4h) et le taux d'admission est plus important (26,1% contre 18,5%). Mais le plus important est que le temps de passage et le taux d'admission sont acceptables (un temps de passage de moins de 18h et un taux d'hospitalisation de moins de 30% ont été considéré comme des indicateurs d'efficacité). Les taux de réadmission à 30 jours sont comparables entre les deux groupes.

En conclusion, l'utilisation d' UHCD pour la prise en charge de sujets âgés peut être tout à fait efficiente.

✓ L'hôpital Bichat a développé à partir de 1992 l'**UAOPA** (Unité d'Accueil et d'Orientation des Personnes Agées), véritable unité de court séjour gériatrique située au sein des urgences (30). Elle concerne des patients de plus de 70 ans en l'absence de pathologie d'organe justifiant une admission dans un service de spécialité. Elle admet donc des patients poly-pathologiques hospitalisés pour des états morbides mal définis. L'admission n'a lieu qu'après l'avis du médecin gériatre. Une évaluation médico-sociale approfondie est effectuée. Une étude comparait la prise en charge des patients âgés avant et après la mise en place de cette unité (40) et a montré que le nombre de consultants et d'admissions des urgences médicales n'a pas été modifié. Par contre, on a constaté une diminution significative du nombre de transferts non médicalement justifiés et du nombre de transferts en général (de 22 à 18%). La DMS (Durée Moyenne de Séjour) et le taux d'occupation du service porte ont nettement diminué également. Quant au délai d'attente pour partir en moyen séjour, il est passé de 28 à 20 jours. Tous ces indicateurs montrent une amélioration de la prise en charge gériatrique grâce à cette structure.

✓ Plusieurs travaux ont étudié les possibilités de **transfert direct d'un patient âgé depuis un service d'urgences vers un service de soins de suite et de réadaptation** (21). Cela peut permettre de réduire l'engorgement chronique des services d'urgence. Cependant cette solution ne peut concerner qu'un nombre limité de patients (2% environ) dont l'état doit être adapté à une prise en charge dans un service de SSR afin d'éviter les transferts secondaires particulièrement préjudiciables au sujet âgé. Ceci nécessite donc une évaluation gériatrique de qualité au service des urgences.

✓ Plusieurs études récentes ont montré tout l'intérêt de la présence d'une **équipe mobile gériatrique aux urgences**.

Elle est constituée d'un gériatre, qui procède à une évaluation globale multidimensionnelle avec en particulier une évaluation de la dépendance, et d'une assistante sociale qui évalue le mode de vie, les ressources économiques et l'entourage. Dans une de ces études, on constate que ceci a permis d'éviter une hospitalisation dans environ 50% des cas. Pour les patients rentrés à domicile, le taux de réhospitalisation à un an est faible : 11% (41).

Une autre étude réalisée à l'hôpital Saint André de Bordeaux (42) montrait un taux d'hospitalisation des personnes âgées de 45%, soit très en dessous des 70 % classiquement retrouvés dans la littérature. Même constat aux urgences de Saint-Etienne avec un taux d'hospitalisation à 57% (44).

A Grenoble, une évaluation des patients fragiles signalés par les urgentistes est réalisée par une unité mobile qui effectue un passage journalier. Ceci permet de couvrir la population âgée fragile en élaborant un projet de soins et en permettant une orientation adéquate (43).

Ainsi, le rôle de l'unité mobile gériatrique aux urgences est triple (20) :

- aide à l'orientation rapide vers le plateau technique gériatrique,
- organisation du retour à domicile avec HAD (Hospitalisation à domicile) ou SAD (Service d'Aide à Domicile), relais pour médecin traitant et signalement communautaire,
- organisation d'une consultation pour une évaluation secondaire, ou d'une hospitalisation programmée,

✓ Une **équipe mobile gériatrique d'évaluation à domicile** existe depuis trois ans à l'hôpital Bretonneau (45).

Elle est chargée d'évaluer les moyens de maintien à domicile et de favoriser leur mise en place. Il s'agit d'une expérience satisfaisante pour le maintien à domicile des personnes âgées. Elle permet également de favoriser les retours à domicile après hospitalisation en particulier en améliorant les relations avec les partenaires de ville.

✓ Une **équipe paramédicale nocturne itinérante** doit se mettre en place prochainement en région parisienne (46). En effet, parmi les critères motivant une entrée en institution, le problème de la surveillance nocturne est prédominante.

Cette équipe est composée d'une infirmière, d'une aide-soignante et/ou d'une auxiliaire de vie et d'un gériatre en astreinte téléphonique.

L'objectif est la surveillance des personnes âgées en difficulté, l'évaluation des comportements nocturnes et l'application de thérapeutiques proposées par le médecin traitant ou le médecin de garde ou des urgences hospitalières.

On peut ainsi éviter des hospitalisations non indispensables, des entrées en institution également. Cela permet de contribuer à l'évaluation des situations lorsque des incertitudes sur la sécurité d'un maintien au domicile existent.

7.5 Bénéfices de l'évaluation multidimensionnelle du sujet âgé

De nombreux travaux ont montré les bénéfices d'une évaluation multidimensionnelle du sujet âgé lors d'une hospitalisation : amélioration du statut fonctionnel, réduction de la mortalité, réduction de la durée de séjour, moindre recours aux structures de suite (47).

Plusieurs études ont validé différents programmes d'évaluation gériatrique chez les patients vivant à domicile, chez les patients hospitalisés ou dans les unités d'Urgence. Les différents programmes d'évaluation gériatrique standardisée rapportés dans la littérature permettent une réduction de 14% de la mortalité, de 12% des hospitalisations ; par contre ceux-ci augmentent la survie à domicile de 26%, améliorent les fonctions cognitives de 41% et le statut fonctionnel de 72% (47).

On a découvert également (48) que le non retour à domicile et la mortalité sont fortement liés à la perte d'autonomie et à la dégradation du statut cognitif. La perte d'une seule activité de la vie quotidienne constitue déjà un facteur de risque appréciable de non retour à domicile.

Certains facteurs sont également prédictifs d'un mauvais rétablissement après un passage aux urgences (49) : l'existence de comorbidités importantes, le manque d'aides adaptées à domicile et un statut fonctionnel (mesuré par le score ADL) faible sont des facteurs très significatifs.

Il apparaît comme évident que l'appréciation du statut fonctionnel du patient est un préalable indispensable à une bonne prise en charge individuelle et à l'utilisation optimale du système de soins. Il est ainsi possible de prévoir au plus tôt possible l'impossibilité d'un retour à domicile ou de mettre en place les aides à domicile adaptées.

L'évaluation gériatrique permet également de prévenir les situations de crise conduisant à une hospitalisation en urgence en établissant des stratégies de prise en charge médicale et sociale adéquates.

ETUDE ET RESULTATS

1 OBJECTIFS

Au cours de mes différents stages aux urgences ainsi que dans notre pratique quotidienne à l'U.P.A.T.O.U de Lunéville, nous avons été confronté à des patients âgés dont la prise en charge ne nous a pas toujours semblé optimale.

On sait que les CHG accueillent la majorité des personnes âgées admises à l'hôpital (34) et les répercussions sur l'activité des services d'accueil d'urgences sont préoccupantes.

A Lunéville depuis 2003, s'est ouverte une réflexion autour de la filière gériatrique avec en particulier l'ouverture de l' HDJ gériatrique en Octobre 2004. Divers groupes de travail ont élaboré plusieurs référentiels : un premier qui concerne la prise en charge du patient aux urgences, un deuxième relatif à la sortie du patient hospitalisé. Une fiche de liaison hôpital-domicile a également vu le jour.

Il nous est apparu intéressant, à partir de l'expérience d'un hôpital général de moyenne importance, d'étudier les caractéristiques des urgences gériatriques afin de proposer des solutions destinées à améliorer la prise en charge des patients âgés et leur orientation dès le service des urgences dans les CHG. On pourra aussi étudier l'apport de l'Hôpital De Jour dans la filière gériatrique du Centre Hospitalier de Lunéville.

L'hôpital de jour gériatrique a commencé à fonctionner le 27 septembre 2004.

Une première étude rétrospective a été réalisée sur une période de trois mois : il s'agissait d'une étude descriptive de la population de plus de 75 ans consultant aux urgences.

Les données ont été comparées à celles de la littérature.

Ensuite, afin d'étudier l'impact de cette nouvelle structure sur la filière gériatrique du Lunévillois et en particulier sur l'utilisation du service d'urgence par les personnes âgées, nous avons réalisé une seconde étude comparative qui visait à comparer deux périodes. Nous avons donc réalisé deux nouvelles études rétrospectives. La première incluait toutes les personnes âgées admises aux urgences du 1^{er} octobre 2003 au 31 mars 2004 et la deuxième

incluait les personnes âgées mais sur la période du 1^{er} octobre 2004 au 31 mars 2005 soit sur la période des six mois qui ont suivi l'ouverture de l'hôpital de jour gériatrique.

Nous avons comparé les diagnostics médicaux établis aux urgences, l'orientation des patients avec en particulier le taux d'hospitalisation.

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 Le lieu

L'étude a été réalisée au sein de l'U.P.A.T.O.U médicochirurgicale du Centre Hospitalier de Lunéville.

Le C.H se situe dans le secteur sanitaire de la Lorraine Centre, à proximité du C.H.U de Nancy (35km environ).

Le C.H est l'établissement de santé de référence du Pays Lunévillois.

Le Pays du Lunévillois est composé de 9 cantons qui regroupent une population de 76.782 habitants (recensement de 1999) répartis sur 164 communes.

La superficie du Lunévillois est de 1.454 km², soit une densité de 53 habitants au kilomètre carré.

Au recensement de 1999, la population du Lunévillois comportait 8% de personnes de plus de 75 ans alors que la Lorraine en comptait 6,1%.

Il est également à noter qu'une partie de la population du canton de Saint-Nicolas de Port s'oriente vers le Centre Hospitalier de Lunéville : 206 patients en 1999 représentant 2,69% de la population de ce canton.

En conclusion, on peut dire que la population desservie par le C.H représente un bassin de population qui peut être estimé à plus de 80.000 habitants.

La répartition des lits au sein du Centre Hospitalier est la suivante :

90 lits de Médecine, 57 lits de Chirurgie et 19 lits de Gynécologie-Obstétrique.

Les lits de Médecine se répartissent ainsi :

- 52 lits de médecine polyvalente distribués dans deux services : 26 lits en Médecine A (Médecine polyvalente à orientation hépatogastroentérologie) et 26 lits en Médecine B (Médecine polyvalente à orientation diabétologie),

- 20 lits de cardiologie,
- 6 lits de soins intensifs de cardiologie (USIC),
- 2 lits de soins intensifs polyvalents (USIP),
- 10 lits de Pédiatrie (dont 3 lits de Néonatalogie).

Les lits de Chirurgie se répartissent ainsi :

- 20 lits de Chirurgie Orthopédique (Chirurgie A),
- 22 lits de Chirurgie Digestive (Chirurgie B),
- 10 lits de Chirurgie Urologique (Chirurgie C),
- 5 lits de soins intensifs polyvalents (USIP).

Le service de soins intensifs polyvalents (USIP) a une double vocation, médicale (2 lits) et chirurgicale (5 lits).

Le Centre Hospitalier de Lunéville possède aussi 60 lits de soins de longue durée et 198 lits de maison de retraite répartis sur deux sites : 80 lits à la maison de retraite Stanislas et 118 lits à la maison de retraite Saint Charles.

L'U.P.A.T.O.U fonctionne 24h/24 avec 1 médecin senior, 1 infirmière et 1 aide soignant. L'équipe SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation), composée d'un médecin et d'une infirmière y travaille également mais peut être amenée à partir en intervention à tout moment.

Les locaux comportent 2 boxes de médecine, 1 salle de plâtre et 1 déchoquage.

2.2 La méthode

La première étude était une étude rétrospective sur 3 mois menée du 1^{er} Octobre au 31 Décembre 2004. Elle concernait toutes les personnes de 75 ans et plus admises aux urgences.

La durée a été fixée de façon à avoir un échantillon représentatif de l'ordre de 500 personnes. La limite d'âge de 75 ans a été choisie car c'est le moment à partir duquel on constate que les personnes âgées deviennent fréquemment des malades gériatriques c'est-à-dire poly-pathologiques, dépendants ou en risque de dépendance.

L'outil principal de recueil des données était constitué du logiciel RESURGENCES utilisé à l'U.P.A.T.O.U et dans de nombreux services d'urgences de la région.

Les données suivantes ont donc été exploitées :

- âge, sexe
- mode d'arrivée (ambulance, moyens personnels...)
- heure d'arrivée, jour d'arrivée
- temps de passage
- catégorie CCMU (Classification Clinique des Malades Des Urgences)
- diagnostic à la sortie du service des urgences
- orientation avec en particulier le pourcentage de retour à domicile et la nature des services d'hospitalisations.
- réadmissions.

La seconde étude, comparative, résultait de deux études rétrospectives à un an d'intervalle. Elle concernait également toutes les personnes âgées de 75 ans et plus admises aux urgences. Le mode de recueil des données était le même à savoir le logiciel RESURGENCES.

Cependant, nous ne nous sommes intéressé qu'à un nombre limité de données qu'il nous semblait utile de comparer, à savoir :

- diagnostic à la sortie du service des urgences,
- orientation.

Les deux périodes ont été comparées à l'aide du test du khi 2 afin de déterminer s'il existait une différence significative entre les variables étudiées.

Le test du khi 2 a été choisi car il permet la comparaison de variables qualitatives.

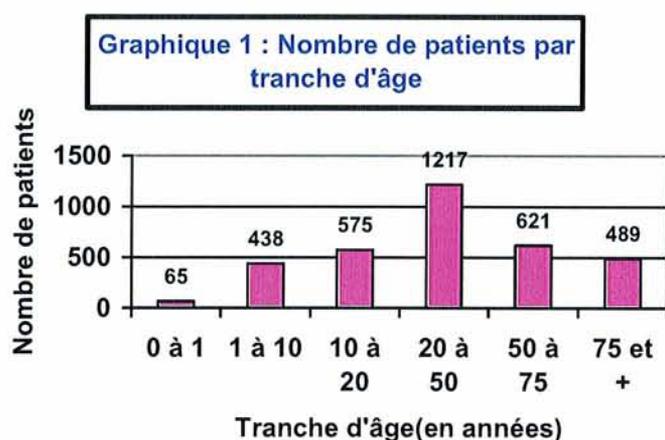
Le risque accordé aux tests est de 5% soit un intervalle de confiance de 95%.

3 LES RESULTATS DE LA PREMIERE ETUDE

3.1 Caractéristiques des personnes âgées admises aux urgences

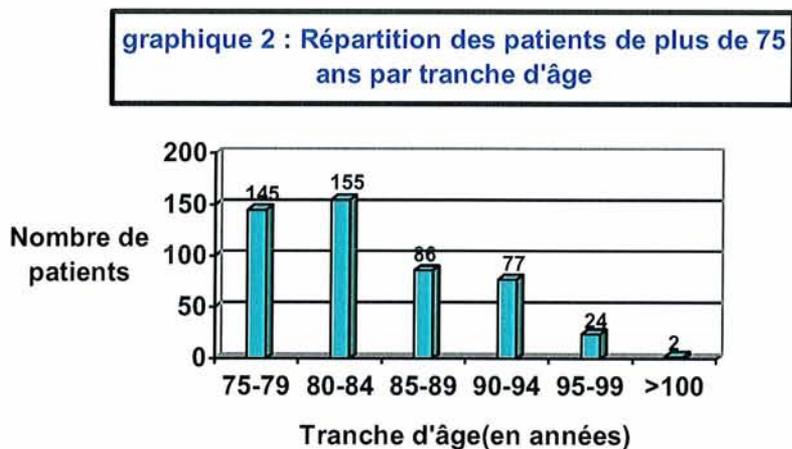
Pendant la période étudiée, l'U.P.A.T.O.U a reçu 3405 patients. Le nombre de patients pour chaque tranche d'âge est représenté dans le graphique 1.

La population étudiée (les personnes âgées de 75 ans et plus prises en charge par l'UPATOU de Lunéville du 1^{er} Octobre au 31 Décembre 2004) était de 489 personnes. Elle représentait 14,5% des entrées globales aux urgences. Par jour, les urgences recevaient en moyenne 37 personnes dont 5 âgées de plus de 75 ans.



La moyenne d'âge des patients de l'échantillon étudié était de 88 ans.

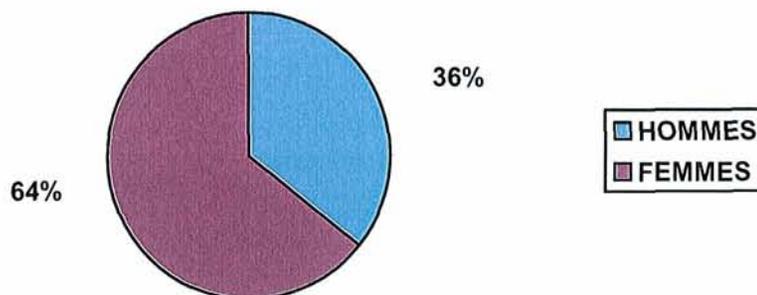
La répartition par classe d'âge est représentée dans le graphique 2. On note que la classe d'âge la plus nombreuse est celle des 80-84ans avec 155 patients soit 31,7%.



Le sex-ratio (femmes /hommes) de la population étudiée était de 1, 79.

On constate une nette prédominance féminine, visible sur le graphique 3, puisqu'on comptait 314 femmes (soit 64%) pour 175 hommes (36%)

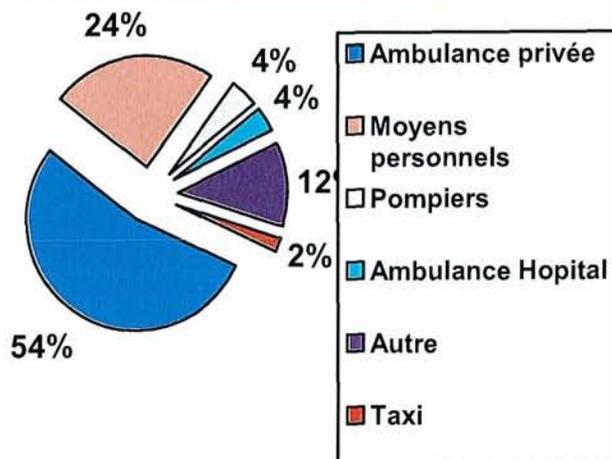
Graphique 3 : Répartition par sexe



3.2 Mode d'arrivée

54% des personnes âgées sont arrivées en ambulance, 4,3% avec les sapeurs pompiers et 23,9% par leurs propres moyens.

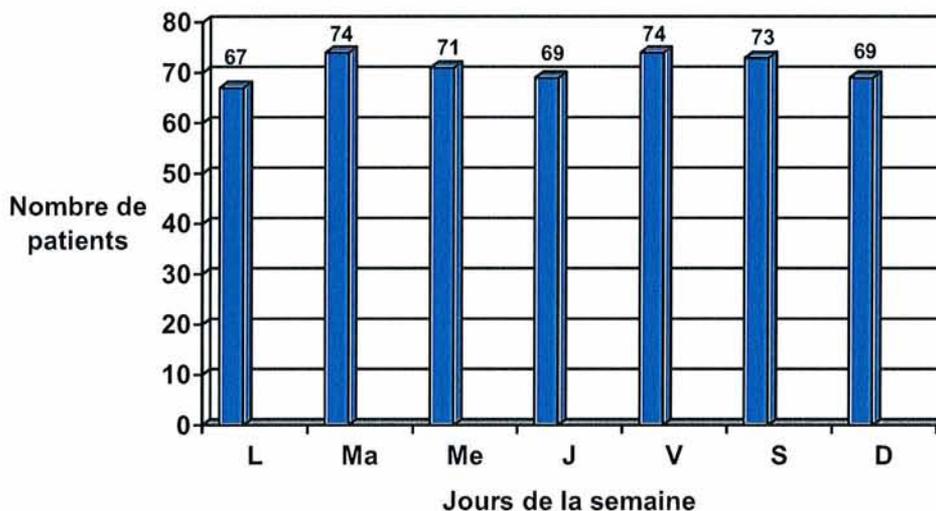
Graphique 4 : Mode d'arrivée des patients.



3.3 Jour d'arrivée et Heure d'arrivée

On trouve une répartition à peu près équivalente des admissions de personnes âgées sur les différents jours de la semaine. Les patients âgés se présentent aux urgences en semaine dans 71,4% des cas et le week-end dans 28,6%.

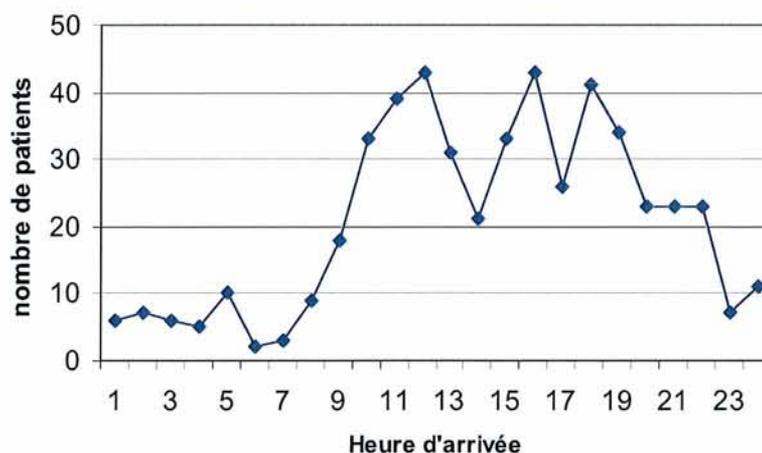
Graphique 5 : Répartition hebdomadaire des admissions



Quant à l'horaire d'arrivée des patients, on note que l'activité est concentrée principalement sur la journée, les admissions nocturnes étant très limitées puisque de minuit à 8h du matin, on ne compte que 48 passages de personnes âgées de plus de 75 ans ce qui représente environ 10% du total. La période de garde, de 19h à 9h concerne tout de même 31% des patients âgés.

On observe trois pics d'activité dans la journée, un pic à midi, un à 16h et le troisième à 18h, bien visibles sur le graphique 6.

Graphique 6 : Activité journalière

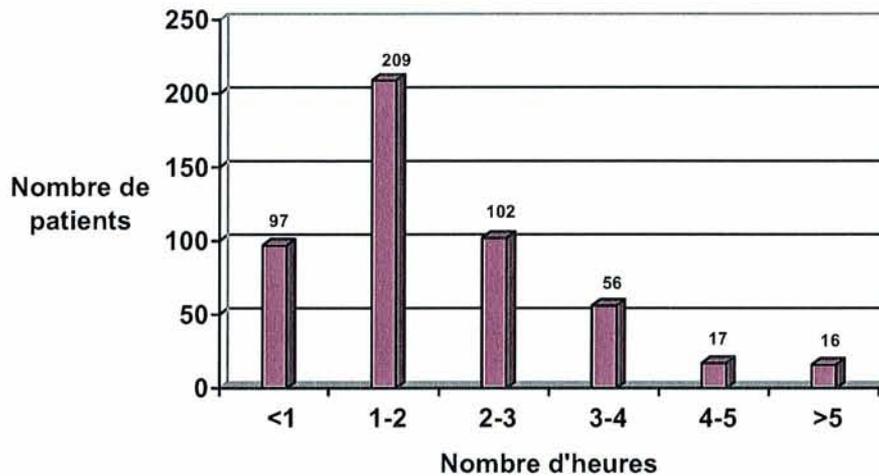


3.4 Durée de prise en charge aux urgences

Elle est en moyenne de 2 heures ce qui est relativement court avec une durée minimale de 11 minutes et une durée maximale de 6h 50 minutes.

61,6 % des patients ont un temps de passage inférieur ou égal à 2h.

Graphique 7 : Durée de prise en charge aux urgences



3.5 Diagnostics établis à la sortie du service des urgences

Nous avons pu retrouver les diagnostics établis à la sortie du service des urgences pour 473 patients.

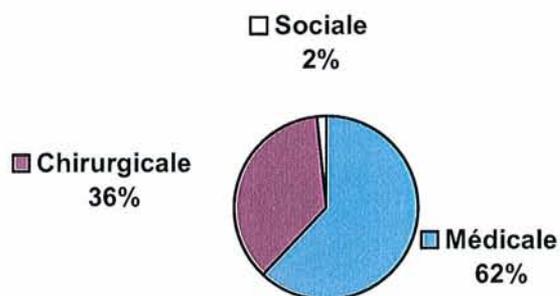
Parmi ces derniers, 15 avaient un diagnostic non défini étiqueté « Autre motif non spécifique ». Nous avons donc analysé les diagnostics de 458 patients.

On peut définir trois grands types de pathologie : la pathologie médicale, la pathologie chirurgicale et la pathologie sociale.

Leur répartition est représentée dans le graphique 8.

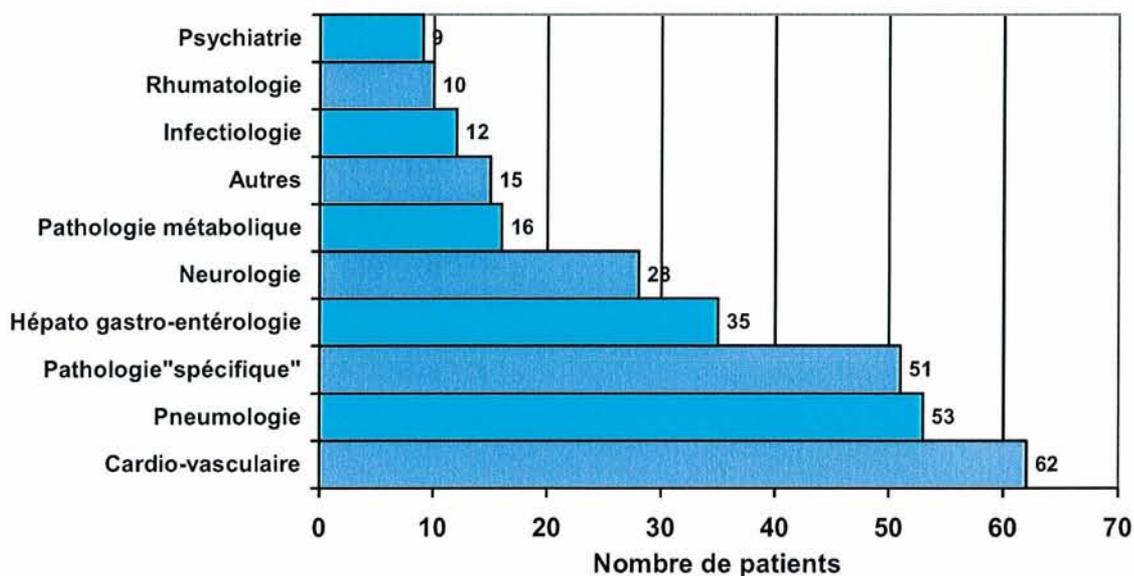
On retrouve une pathologie médicale dans 284 cas soit 62%, une pathologie chirurgicale dans 167 cas (36,5%) et une pathologie dénommée clairement sociale dans 7 (1,5%).

Graphique 8 : Répartition des 3 grands types de pathologie



Dans la répartition des cas de pathologie médicale, on distingue au premier rang la pathologie cardiovasculaire avec 62 cas soit 21,8%, puis au deuxième rang vient la pathologie pulmonaire : 53 cas soit 18,7%. On peut distinguer au troisième rang des pathologies dites « spécifiques » aux personnes âgées. Ceci concerne 51 cas soit 18 % du secteur médical. Cette rubrique regroupe différentes pathologies semblant plus fréquentes dans cette classe d'âge et liées à la dépendance à savoir : chute (13 cas), malaise (17 cas), altération de l'état général (10 cas), déshydratation (4 cas) et problème social (7 cas).

Graphique 9 : Classement des pathologies médicales



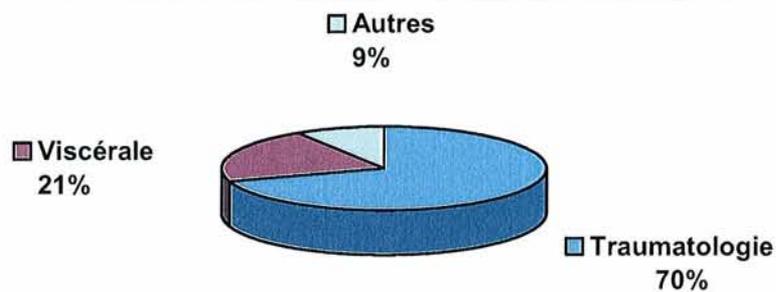
La pathologie chirurgicale se compose de deux grands groupes :

-la pathologie traumatologique largement prédominante avec 117 cas soit 70%.

-La pathologie viscérale avec 35 cas soit 21% qu'on peut diviser en deux groupes.

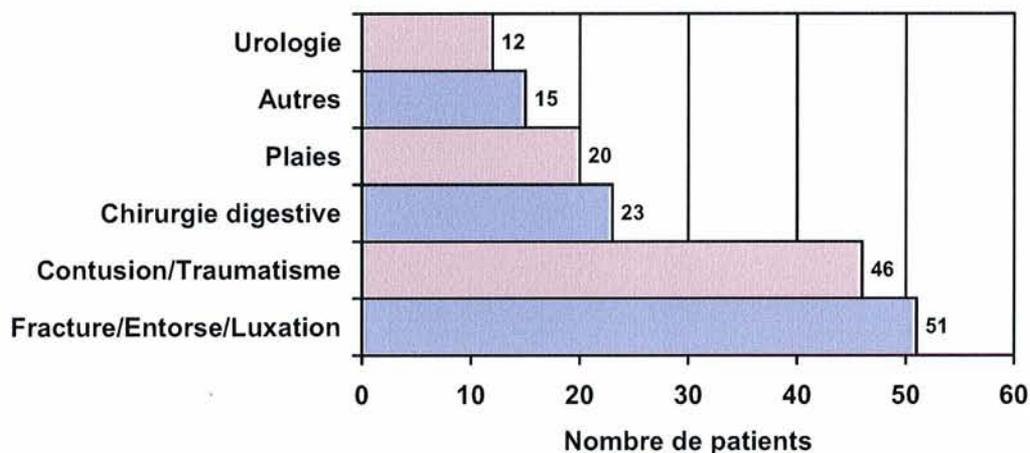
On distingue un troisième groupe pour 15 cas (9%) qui sous le terme « Autres » est composé d'entités très variables dont la pathologie ORL (8 cas).

Graphique 10 : Les 3 types de pathologie chirurgicale



Sur l'ensemble des cas de pathologie traumatologique, on peut distinguer plusieurs sous-groupes : d'abord la catégorie « fracture/entorse/luxation » (51 cas), puis les « contusions et traumatismes » (46 cas) et enfin les plaies (20 cas). La pathologie viscérale est composée de deux sous-groupes : la chirurgie digestive (23 cas) et l'Urologie (12 cas).

Graphique 11 : Classement des pathologies chirurgicales



3.6 Classification CCMU

La Classification Clinique des Malades des Urgences classe les patients selon 5 degrés de gravité.

CCMU 1 : Etat lésionnel et /ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'actes complémentaires diagnostique ou thérapeutique.

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences, sans mise en jeu du pronostic vital.

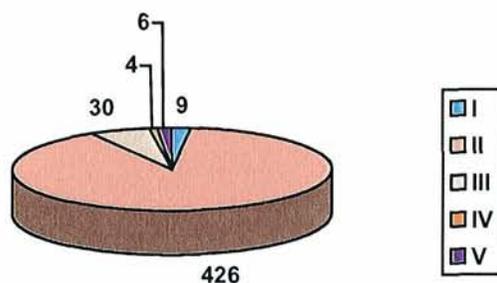
CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

La proportion respective de chaque degré est représentée dans le graphique 12.

On constate que c'est le niveau II qui est largement majoritaire avec 426 patients (sur 475 pour lesquels l'information a pu être recueillie) ce qui représente 89,7% des admissions.

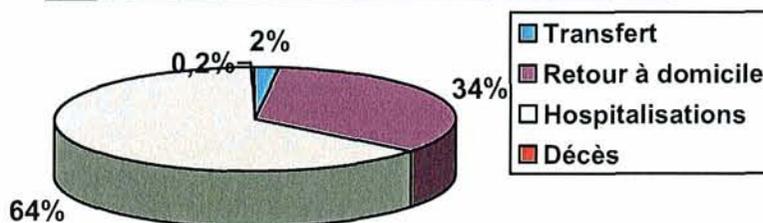
Graphique 12 : Classification CCMU



3.7 Orientation des patients

Sur la population totale de 489 patients, 312 (63,8%) sont hospitalisés, 166 (34%) retournent à domicile, 9 (1,8%) sont transférés et 1 (0,2%) est décédé aux urgences. On note que 1 est d'orientation inconnue.

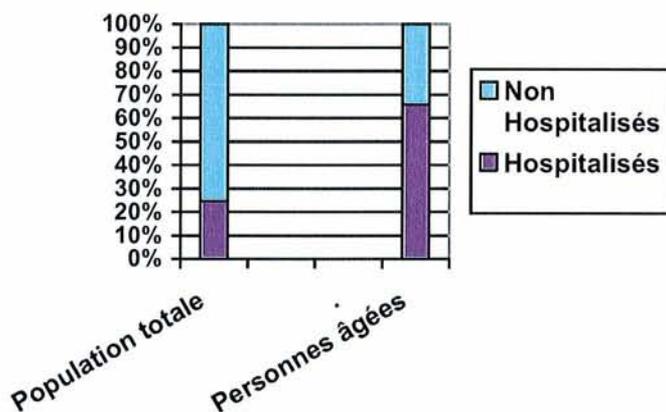
Graphique 13 : Orientation générale des patients



Le nombre total de patients de 75 ans et plus hospitalisés est donc de 321 puisqu'on doit aussi tenir compte des patients transférés dans d'autres structures ce qui porte le taux d'hospitalisation à 65,6%.

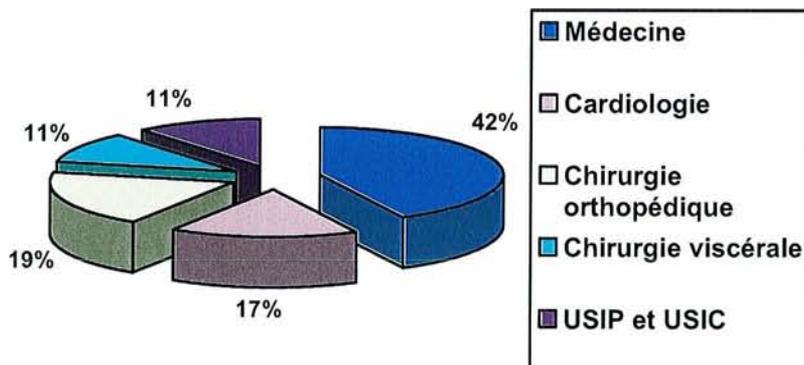
On remarque que le taux d'hospitalisation global, c'est-à-dire de l'ensemble des patients est de 24,7% alors que celui des personnes âgées de plus de 75 ans est beaucoup plus élevé à 65,6% .

Graphique 14 : Pourcentage d'hospitalisation dans la population totale et chez les personnes âgées



Les 312 patients âgés hospitalisés à l'hôpital de Lunéville se répartissent (voir graphique 15) pour 133 (42,6%) dans les deux services de médecine, pour 52 (16,7%) en cardiologie pour 59 (18,9%) en chirurgie orthopédique, pour 33 (10,6%) en chirurgie viscérale, pour 35 (11,2%) en réanimation polyvalente (USIP) et soins intensifs de cardiologie (USIC).

Graphique 15 : Répartition des hospitalisations



On peut considérer que 70% des hospitalisations ont lieu dans le secteur médical qui regroupe les services de Médecine, Cardiologie et les deux secteurs de soins intensifs. Le secteur chirurgical reçoit quant à lui 30% des admissions. On notera cependant que le secteur USIP reçoit aussi bien des pathologies chirurgicales que médicales dont il est difficile de connaître les proportions respectives.

Cette répartition de 70% d'hospitalisations dans le secteur médical et 30% dans le secteur chirurgical doit être mise en corrélation avec la répartition selon les pathologies (cf. ci-dessus) à 62% médicales et à 36% chirurgicales.

Les personnes souffrant d'une pathologie chirurgicale bénigne ne sont pas hospitalisées, c'est pourquoi on retrouve un taux d'hospitalisation dans le secteur chirurgical inférieur au pourcentage d'admissions aux urgences du secteur chirurgical.

3.8 Réadmissions aux urgences

Les réadmissions à trente jours sont au nombre de 19 ce qui représente un faible pourcentage (3,9%) par rapport au total des admissions.

On distingue 8 réadmissions pour la même pathologie et 11 pour une autre pathologie. En effet ces deux notions n'ont pas la même signification, la réadmission pour même pathologie signifiant sans doute une prise en charge inadaptée puisque le patient revient dans le mois qui suit pour le même problème de santé....

3.9 Proportion de personnes âgées hospitalisées par les urgences par rapport au nombre total de personnes âgées hospitalisées au Centre Hospitalier de Lunéville

Nous avons recueilli au Département d'Informatique Médicale de l'hôpital le nombre global de personnes âgées de plus de 75 ans hospitalisées dans les différents services du 1^{er} Octobre au 31 Décembre 2004.

Nous avons ainsi pu comparer les admissions provenant des urgences au nombre total d'admissions.

Sur la période de 3 mois choisie, 577 personnes de plus de 75 ans ont été hospitalisées dont 314 provenant des urgences. Les personnes âgées hospitalisées proviennent donc à 54,4% des urgences.

Le tableau 8 compare dans chaque service les hospitalisations globales et les hospitalisations provenant des urgences.

Tableau 8 : Nombre de personnes âgées hospitalisées dans chaque service en comparaison avec celles provenant des urgences

Service	Nombre de personnes âgées hospitalisées	Nombre de P.A hospitalisées provenant des urgences
Médecine A	142	69
Médecine B	96	64
Chirurgie A	59	59
Chirurgies B et C	49+35=84	28+5=33
Cardiologie et U.S.I.C	178	70
U.S.I.P	18	17
TOTAL	577	314

Dans les deux services de médecine, 238 patients ont été hospitalisés dont 133 par les urgences soit 55,9% d'entrées par les urgences ce qui veut dire que 54,1% des patients de plus de 75 ans hospitalisés en Médecine le sont soit de manière programmée, soit de manière directe par l'intermédiaire du médecin traitant.

Dans le service de cardiologie, 70 des 178 hospitalisations de patients âgés le sont par les urgences soit seulement 39,3%. Ce service fait donc beaucoup d'entrées directes.

Les deux services de chirurgie viscérale (chirurgie B et C) hospitalisent 33 patients en provenance des urgences sur 84 hospitalisations soit 39,3%.

Les patients hospitalisés en chirurgie A ont tous été admis par les urgences.

4 LES RESULTATS DE LA DEUXIEME ETUDE

La deuxième étude avait comme objectif de comparer la population âgée de plus de 75 ans pendant deux périodes de 6 mois, à 1 an d'intervalle. Une période était antérieure à l'ouverture de l'hôpital de jour et l'autre postérieure.

La première période s'étalait du 1^{er} Octobre 2003 au 31 mars 2004 (nous la nommerons période 1) et la deuxième du 1^{er} Octobre 2004 au 31 mars 2005 (nous l'appellerons période 2).

Nous avons en particulier étudié la représentativité de la population âgée au sein des admissions aux urgences, les différentes pathologies retrouvées et l'orientation des patients à la sortie du service des urgences. Pour réaliser des tests comparatifs, nous avons utilisé le test du khi 2.

4.1 Représentativité de la population âgée

Du 1^{er} Octobre 2003 au 31 Mars 2004, 6864 patients ont été admis aux urgences dont 1048 avaient un âge supérieur ou égal à 75ans. Les personnes âgées représentaient 15,3% des admissions aux urgences.

Du 1^{er} Octobre 2004 au 31 Mars 2005, 6710 patients ont été admis aux urgences dont 1064 avaient un âge supérieur ou égal à 75 ans. Les personnes âgées représentaient 15,9% des admissions aux urgences.

Tableau 9 : Comparaison de la proportion de patients âgés entre la période 1 et la période 2

	Période 1	Période 2
Nombre de personnes âgées	1048	1064
Nombre de patients < 75 ans	5816	5646
Population totale	6864	6710

$$\chi^2 = 0,896$$

$$p=0,344$$

Le test statistique ne montre pas de différence entre les deux populations concernant le nombre de personnes âgées.

4.2 Diagnostics établis à la sortie du service des urgences

Sur la première période, nous n'avons retrouvé que 918 dossiers sur 1048 avec un diagnostic établi. En effet, certains dossiers portaient un diagnostic « Autre motif non spécifique », inexploitable et d'autres n'étaient pas renseignés (quelques jours sans doute de panne informatique).

Sur la deuxième période, 994 dossiers sur 1064 étaient renseignés sur le plan du diagnostic.

Cependant, on peut tout de même considérer les valeurs des différents types de pathologies car il n'y a pas de raison que les proportions des diverses pathologies soient différentes dans les dossiers non renseignés.

On notait pendant la première période, 576 pathologies médicales et 342 pathologies chirurgicales.

Pendant la deuxième période, on retrouvait 639 diagnostics médicaux et 355 diagnostics chirurgicaux.

Pour comparer les deux périodes en terme de répartition des pathologies médicales et chirurgicales, on a réalisé un test du khi deux.

Tableau 10 : Répartition des pathologies médicales et chirurgicales

	Période 1	Période 2
Pathologies médicales	576	639
Pathologies chirurgicales	342	355
Toutes pathologies	918	994

$$\chi^2 = 0,489$$

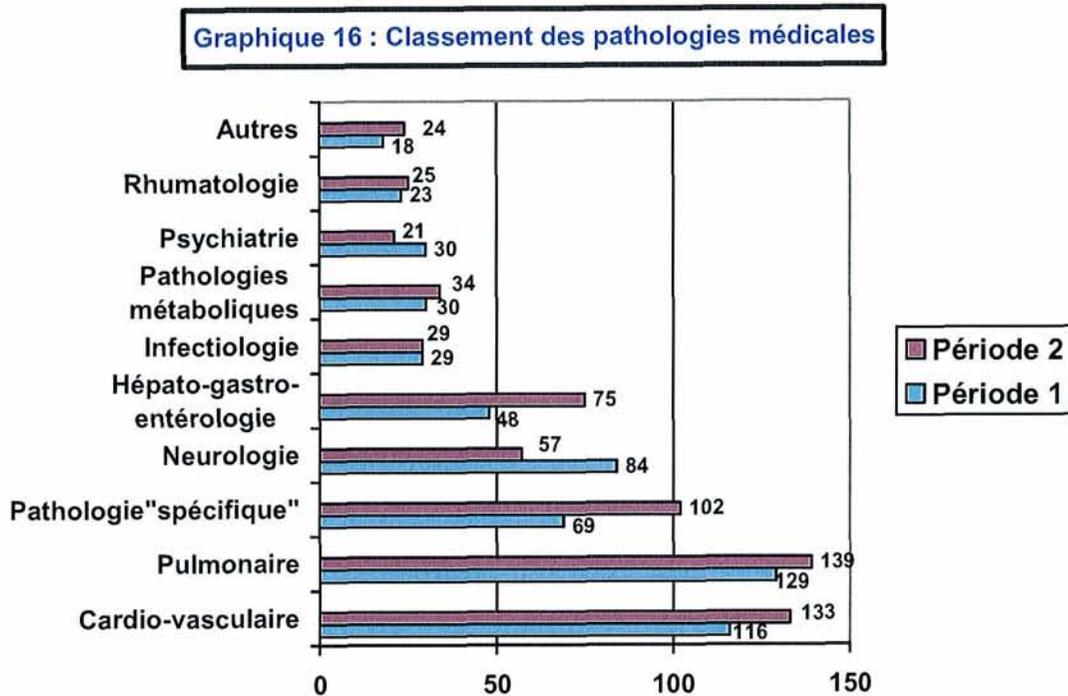
$$p = 0,48$$

Le test ne montre pas de différence significative entre les deux périodes pour la répartition des pathologies médicales et chirurgicales.

4.2.1 La pathologie médicale

Au sein de la pathologie médicale, nous avons classé les diagnostics en 10 groupes.

Pour les deux périodes, ceci est représenté dans le graphique ci-après :



On remarque que sur la période 1, la pathologie pulmonaire est au premier rang (avec 14,1%), puis la pathologie cardiovasculaire (12,6%) puis la pathologie neurologique (9,2%). La pathologie spécifique comme nous l'avons déjà définie dans la première étude arrive en 4^{ème} rang avec 7,5%.

Sur la période 2, les deux premiers rangs sont les mêmes : pathologie pulmonaire avec 14%, pathologie cardiovasculaire avec 13,4% ; par contre la 3^{ème} place est occupée par la pathologie spécifique (10,3%) et la 4^{ème} est occupée par l'hépatogastroentérologie (7,5%).

Les pourcentages concernant la pathologie spécifique sont assez différents. Mais cette différence est-elle significative ?

Tableau 11 : La pathologie « spécifique » en comparaison avec le reste des pathologies médicales

	Période 1	Période 2
Pathologie spécifique	69	102
Reste des pathologies médicales	507	537
Toutes pathologies	576	639

$$\chi^2 = 3,97$$

$$p = 0,046 < 0,05$$

Il existe une différence significative entre les deux périodes concernant le pourcentage de pathologies spécifiques. Il existe plus de pathologies spécifiques pendant la période 2.

Précisons que nous avons inclus la pathologie sociale dans la pathologie spécifique et qu'on dénombre 5 cas pendant la période 1 et 13 cas pendant la période 2.

Nous avons réalisé ce même test pour les différents types de pathologies. On ne retrouve une différence statistique que pour la pathologie neurologique, plus importante en période 1 avec $p = 0,04 < 0,05$ et pour l'hépatogastroentérologie, plus importante en période 2 avec $p = 0,039 < 0,05$.

4.2.2 La pathologie chirurgicale

Au sein de la pathologie chirurgicale, on distingue surtout la pathologie traumatologique et la pathologie viscérale. Le nombre de patients dans chaque catégorie pour les deux périodes est noté dans le tableau 12.

Tableau 12 : Répartition des 3 grands types de pathologie chirurgicale

	Période 1	Période 2
Pathologie traumatologique	231	250
Pathologie viscérale	87	72
Autres	24	33
Toutes pathologies chirurgicales.	342	355

La pathologie traumatologique représente 67,5 % de la pathologie chirurgicale en période 1 et 70,4% en période 2.

En appliquant le test du khi 2 on trouve $\chi^2 = 0,67$ et $p = 0,41$.

Le test ne montre aucune différence statistique entre ces deux pourcentages.

La pathologie chirurgicale viscérale représente 25,4% de la pathologie chirurgicale en période 1 et 20,3% en période 2.

Il n'existe également aucune différence statistique entre ces deux pourcentages ($\chi^2 = 2,63$ et $p = 0,11$).

4.3 Classification CCMU

Nous avons retrouvé la classification CCMU pour 961 dossiers en période 1 et 1025 en période 2. Le détail apparaît dans le tableau 13.

Il est intéressant de comparer la répartition des différents degrés car cela influe ensuite sur l'orientation des patients.

Tableau 13 : Classification CCMU

Classification CCMU	Période 1	Période 2
I	37	18
II	850	925
III	70	63
IV	4	13
V	0	6
Total	961	1025

Nous avons comparé la proportion des différentes catégories entre les deux périodes grâce au test du khi 2.

On ne retrouve une différence significative que pour la catégorie CCMU I avec $\chi^2 = 8,08$ et $p = 0,045 < 0,05$.

Il existe plus de patients « classés » CCMU I en période 1.

Cette catégorie comprend 3,9 % des effectifs de la population âgée en période 1 et 1,8 % en période 2.

Le test statistique ne met en évidence aucune différence pour les autres catégories CCMU.

La catégorie CCMU 2 regroupe une majorité de patients puisqu'elle concerne 850 patients sur 961 pendant la première période soit 88,5 % et 925 patients sur 1025 pendant la deuxième période soit 90,2 %.

4.4 Orientation des patients

4.4.1 Taux d'hospitalisation et de transfert

Nous nous sommes intéressé au nombre de patients hospitalisés et au nombre de transferts.

Sur la période 1, on notait 592 hospitalisations sur 1048 patients ce qui représente un taux d'hospitalisation de 56,5%.

Sur la période 2, on notait 672 hospitalisations sur 1064 patients soit un taux d'hospitalisation de 63,2%.

Quant aux transferts, on en dénombrait 25 sur la première période et 18 sur la deuxième période.

Les effectifs des différents modes d'orientation sont représentés dans le tableau 14.

Tableau 14 : Orientation générale des patients

Orientation	Période 1	Période 2
Hospitalisation	592	672
Transfert	25	18
Décès	2	2
Retour à domicile	429	372
Effectif total	1048	1064

Concernant les hospitalisations, nous avons voulu savoir s'il existait une différence significative entre les deux périodes.

Nous avons donc réalisé un test du khi 2 (voir tableau 15).

Tableau 15 : Comparaison des taux d'hospitalisation pendant les deux périodes

	Période 1	Période 2
Nombre de patients hospitalisés	592	672
Nombre de patients non hospitalisés	456	392
Effectif total	1048	1064

$$\chi^2 = 9,64$$

$$p < 0,01$$

Le test montre une différence statistique entre les deux périodes.

Il existe bien une différence significative en ce qui concerne le nombre d'hospitalisations entre les deux périodes. Le taux d'hospitalisation des personnes âgées sur la période du 1^{er} octobre 2004 au 31 mars 2005 est significativement plus élevé que le taux d'hospitalisation sur la période antérieure.

Concernant les transferts, on en dénombre 25 en période 1 et 18 en période 2.

Le test statistique ne montre aucune différence ($\chi^2 = 1,27$ et $p = 0,26$)

4.4.2 Services d'hospitalisation

Le nombre de patients hospitalisés dans chaque service à l'issue du service des urgences est noté dans le tableau 16.

Nous avons regroupé les hospitalisations dans les deux services de Médecine A et B sous le terme « Médecine », les deux services de chirurgie B et C sous le terme « Chirurgie viscérale » et les deux services de réanimation (USIC et USIP).

Tableau 16 : Nombre de patients hospitalisés dans chaque service

	Période 1	Période 2
Médecine	273	283
Cardiologie	93	97
Chirurgie orthopédique	95	125
Chirurgie viscérale	79	82
Réanimation : USIP et USIC	52	83
Gynécologie	0	2
Total des hospitalisations	592	672

On compare également les taux d'hospitalisation dans chaque service à l'aide du test du khi deux.

Le test ne montre pas de différence significative pour le taux d'hospitalisation en médecine ($\chi^2 = 2,04$ et $p = 0,15$), en cardiologie ($\chi^2 = 0,40$ et $p = 0,53$), chirurgie viscérale ($\chi^2 = 0,37$ et $p = 0,54$) et chirurgie orthopédique ($\chi^2 = 1,43$ et $p = 0,23$).

Par contre, on trouve une différence significative pour les taux d'hospitalisation dans le secteur de réanimation ($\chi^2 = 4,20$ et $p = 0,04$). On trouve plus d'hospitalisations dans le secteur de réanimation dans la période 2 que dans la période 1.

DISCUSSION

1 L'ETUDE DESCRIPTIVE

1.1 Qualité et validité des résultats

Cette étude est rétrospective et descriptive sur 12 semaines. Elle est basée sur les données saisies sur le logiciel Résurgences.

Les renseignements d'identité, de sexe, d'âge, d'adresse, de mode d'entrée, de médecin adresseur ont été saisis par le secrétariat des urgences. Les modes d'entrée et le médecin adresseur ne sont pas toujours notés.

Les diagnostics, l'horaire de sortie et l'orientation du malade sont saisis par le médecin lui-même. L'horaire de sortie peut être faussé car en cas d'activité importante aux urgences, le dossier informatique est parfois clôturé bien après le départ réel du patient des urgences.

Le diagnostic n'est pas toujours adapté à la situation en particulier en cas de polyopathie.

En effet, c'est le diagnostic principal qui est renseigné et qui a donc été étudié.

De ce type d'étude résulte une imprécision et une impossibilité de cibler les patients polyopathologiques, la dépendance et les problèmes sociaux sous-jacents. Pour ce faire, il est nécessaire de pratiquer des études prospectives.

1.2 Prévalence et caractéristiques des patients

La prévalence des admissions de personnes âgées de plus de 75 ans à l'U.P.A.T.O.U de Lunéville est de 14,5% ; dans les études déjà réalisées, ce chiffre varie de 10 à 30% et d'après la conférence de consensus de 2003 (14), il est de 12 à 14% au plan national.

On note qu'en France cette population âgée représente actuellement 7,1% de la population totale et ce chiffre étant amené à s'accroître durant les prochaines années, le nombre des personnes âgées recourant aux services d'Urgence va lui aussi augmenter.

Concernant la fréquentation hebdomadaire et journalière des urgences, dans l'enquête nationale de Janvier 2003(32), elle est équivalente la semaine et les week-end (28%) quel que soit l'âge et elle est plus faible la nuit. Les plus de 70 ans viennent majoritairement le matin ou en début d'après-midi.

Cette tendance se retrouve à Lunéville puisque les patients âgés se présentent aux urgences la journée (de 9h à 19h) dans 61% des cas et la semaine dans 71,4%.

54% des patients âgés arrivent aux urgences en ambulance privée ce qui correspond au chiffre national de 50%(32). 24% arrivent par leurs propres moyens alors que cela concerne 75% de la population générale sur le plan national.

1.3 Diagnostics et orientation

1.3.1 Diagnostics

La pathologie médicale concerne 62% des patients, la pathologie chirurgicale 36,5% et un motif clairement social est retrouvé dans 1,5% des cas.

En comparaison, les deux études réalisées dans un SAU médicochirurgical (25,37) retrouvaient environ 75% de motifs médicaux contre 25% de motifs chirurgicaux.

Cependant certaines situations sont difficiles à étiqueter comme la chute qui peut occasionner des fractures (donc à classer en chirurgical) mais dont le motif est souvent médical.

Au sein de la pathologie médicale, on distingue au premier rang la pathologie cardiovasculaire (21,8%) puis la pathologie pulmonaire (18,7%) puis la pathologie dite « spécifique » (18%).

Certaines études placent également la pathologie cardiovasculaire au premier plan (22, 27, 32), d'autres la pathologie spécifique aux personnes âgées (34).

Dans notre étude, les motifs sociaux sont estimés à 2%. Mais peut être y a-t-il des omissions lors de l'établissement du diagnostic. D'autre part, ceux-ci ne sont pas au premier plan aux urgences et apparaissent souvent au cours de l'hospitalisation.

Les études s'accordent pour évaluer les motifs sociaux ou médico-sociaux à moins de 10% (22, 27, 32).

1.3.2 Orientation

Dans notre étude, le taux d'hospitalisation est de 65,6%.

Dans diverses études françaises, on note des taux d'hospitalisation pour les plus de 75 ans allant de 62 à 93 % (25, 27, 28, 34, 35, 37).

Concernant les services d'hospitalisation, il est difficile de comparer les données de l'hôpital de Lunéville, centre hospitalier général ne disposant ni de lits d'UHCD, ni de service de gériatrie à proprement dit, ni de service de spécialité médicale mis à part le service de cardiologie, à des données nationales comme celles recueillies lors de l'étude Octoplus (27).

La durée de prise en charge à l'U.P.A.T.O.U de Lunéville pour les patients âgés est en moyenne de 2h avec 61,6% des patients dont le temps de passage est inférieur ou égal à 2 h.

Les études françaises font état de durées moyennes inférieures à 4 heures (22, 23, 27, 35).

On sait que les délais d'attente aux urgences sont proportionnels à la taille de l'établissement de même que les délais d'attente pour trouver un lit (36). Ceci est confirmé par notre étude.

Le taux de réadmission à 30 jours est de 3,9%.

L'étude Octoplus (27) réalisée un jour donné dans toute la France retrouvait pour les personnes de plus de 80 ans un taux de réadmission de 13%. Ce taux semble élevé par rapport aux données de la littérature.

2 LA DEUXIEME ETUDE : ETUDE COMPARATIVE

2.1 Représentativité de la population âgée

Cette étude comparative de la population âgée consultant aux urgences pendant deux périodes à un an d'intervalle ne montre pas de distinction quant à la part de la population âgée parmi les admissions aux urgences. Celle-ci est d'environ 15%.

L'hôpital de jour gériatrique débutait son fonctionnement lors de la deuxième période et n'a pu constituer une solution alternative pour un nombre de patients suffisant qui auraient pu bénéficier d'une prise en charge ambulatoire (il s'agit donc de patients âgés non hospitalisés).

2.2 Les diagnostics établis aux urgences

On ne retrouve pas non plus de différence dans le pourcentage de pathologie médicale et chirurgicale.

Cependant, à l'intérieur de la pathologie médicale, on retrouve plus de pathologies spécifiques de la personne âgée telles que malaise, altération de l'état général, déshydratation, chute et problème social. On peut émettre comme hypothèse que celles-ci sont plus facilement étiquetées et repérées par les médecins qui ont été sensibilisés à leur détection par les réflexions menées sur l'établissement concernant la prise en charge des personnes âgées.

Précisons que nous avons inclus la pathologie sociale dans la pathologie spécifique et qu'on dénombre 5 cas pendant la période 1 et 13 cas pendant la période 2.

Au sein de la pathologie chirurgicale, la répartition entre pathologie chirurgicale viscérale et pathologie traumatologique n'est pas différente.

Cependant ce type de classement ne permet pas de classer les pathologies par gravité ; or celle-ci a une conséquence importante sur l'orientation du patient.

Le classement des pathologies par gravité est réalisé par la classification CCMU.

On ne retrouve de différence significative entre les périodes 1 et 2 que pour la proportion de patients âgés « classés » CCMU 1 qui sont plus nombreux en période 1. Cependant quantitativement, cette différence est peu importante puisqu'on note 37 patients pendant la période 1 versus 18 patients pendant la période 2.

La plupart des patients font partie de la catégorie CCMU 2 pendant les deux périodes étudiées et on imagine aisément que cette catégorie est très hétérogène.

Le classement en catégorie CCMU est peu précis et ne permet pas d'expliquer le choix d'orientation du patient en particulier en terme d'hospitalisation ou de retour à domicile.

2.3 Orientation des patients

On trouve un taux d'hospitalisation plus important de manière significative pendant la deuxième période qui correspond aux six premiers mois d'ouverture de l'hôpital de jour gériatrique. La question est de savoir à quoi cette différence est due.

L'ouverture de l'hôpital de jour gériatrique n'est sans doute pas la variable qui explique cette différence, d'autant plus que seulement 40 patients ont été évalués à l'hôpital de jour pendant la période 2 tandis que 1064 patients âgés consultaient aux urgences.

On peut émettre plusieurs hypothèses :

Les pathologies étaient peut être plus graves, ce qui expliquerait un taux d'hospitalisation accru pendant la deuxième période. Ceci est impossible à déterminer avec le recueil de données du logiciel utilisé aux urgences. En effet on a pu classer les pathologies par appareil mais pas par facteurs de gravité. Et on sait que la classification CCMU est relativement imprécise.

Les modifications de l'équipe médicale ont pu également modifier les pratiques. On sait que certains urgentistes sont plus « prudents » et hospitalisent plus que d'autres. En effet, deux nouveaux assistants ont commencé à exercer aux urgences en Novembre 2004.

Par ailleurs on pourrait évoquer le fait que la réflexion concernant la prise en charge des patients âgés ait modifié les pratiques : en ce sens, la prise en compte de poly-pathologies et d'état de fragilité a pu conduire à hospitaliser davantage de patients. Il aurait peut être été possible de faire rentrer ces patients à domicile avec une consultation programmée à l'hôpital de jour gériatrique.

Concernant la répartition des admissions dans les différents services hospitaliers, elle est similaire pendant les deux périodes sauf pour les hospitalisations en réanimation qui sont plus importantes pendant la période 2.

On peut émettre comme hypothèse que les pathologies étaient plus graves et donc nécessitaient une hospitalisation en réanimation ou alors qu'on a eu affaire à des médecins plus prudents et hospitalisant plus facilement en secteur de réanimation.

Il faudrait réaliser des études ultérieurement lorsque l'hôpital de jour gériatrique aura pris toute sa place dans la filière gériatrique du Lunévillois. On pourrait proposer par exemple un bilan de l'impact de l'HDJ au bout d'un an de fonctionnement.

2.4 Des changements dans la prise en charge des patients âgés aux urgences de Lunéville ?

On a pu constater quelques évolutions dans la prise en charge des personnes âgées aux urgences. Concrètement, il est vrai que les données concernant l'environnement du patient, la présence d'aides à domicile sont plus souvent recueillies. On dispose de la fiche de liaison hôpital/domicile aux urgences (cf. annexes 4 et 5 pp 110-111) et elle doit être remplie en théorie pour chaque patient.

En pratique, cela n'est quasiment jamais fait et on ne trouve pas trace dans les dossiers de ces notions. Il est bien difficile de mettre en place un nouvel outil et on se heurte à de nombreuses résistances. On pourrait proposer d'intégrer une nouvelle rubrique « environnement et soins à domicile » dans le logiciel informatique des urgences ce qui faciliterait la transmission d'informations et inciterait à leur recueil par le personnel paramédical. De manière à éviter que cette rubrique soit « oubliée », son renseignement serait nécessaire pour clôturer le dossier des patients de plus de 75 ans et facultatif pour les autres.

Concernant le bilan d'autonomie, la grille AGGIR n'est jamais remplie comme il était proposé dans l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées aux urgences. Son remplissage peut sembler fastidieux. On pourrait réfléchir à des outils d'évaluation de la dépendance plus adaptés à une prise en charge aux urgences comme le score ISAR (cf. p36) par exemple ; le médecin aux urgences ne dispose pas du même temps pour évaluer un patient âgé que le gériatre à sa consultation. On pourrait également proposer d'intégrer une rubrique « autonomie » dans le dossier informatique du patient à renseigner par le médecin.

C'est tout l'intérêt d'un repérage de la fragilité aux urgences pour ensuite en cas de retour à domicile, approfondir l'évaluation à l'hôpital de jour. Il nous faut intégrer dans notre pratique la possibilité de retour à domicile et d'une consultation programmée de gériatrie si l'état du patient et son entourage permet un retour à domicile. Pour ce faire, il faudrait développer une collaboration avec l'hôpital de jour gériatrique.

On constate tout de même que la collaboration avec différents intervenants s'est renforcée : si nécessaire, appel est fait à l'assistante sociale pour organiser un retour à domicile avec des aides adaptées. Nous disposons également d'une fiche de signalement assistante sociale ; dans le cas des patients âgés, elle est remplie pour tout patient posant des problèmes de maintien à domicile, hospitalisé ou non. De même, on a recours plus facilement au psychiatre dans le cadre de perte d'autonomie psychique.

CONCLUSION

Au vu de l'évolution de la démographie française, la prise en charge des personnes âgées par le système de soins reste un défi à relever.

Cette population représente effectivement une part non négligeable des admissions dans les services d'urgence. Elle représente 12 à 14 % des admissions aux urgences au plan national.

L'activité d'un service d'urgences n'étant pas linéaire par définition, les conditions pour un accueil serein et une écoute attentive de la personne ne sont pas toujours réunies lorsque la charge de travail imposée par les urgences proprement dites est importante.

Ainsi, il vaudrait mieux éviter aussi souvent que possible d'adresser des patients âgés aux urgences si une autre solution peut être envisagée.

La prise en charge des patients aux urgences a fait l'objet de réflexions au niveau national et est maintenant bien codifiée par la conférence de consensus de 2003. Elle met l'accent en particulier sur le repérage des formes patentées et latentes de fragilité, ce qui permettra d'orienter si nécessaire le patient dans la filière gériatrique.

Il existe des outils pour dépister la fragilité et toute l'équipe doit intervenir pour le recueil de données. Il est donc important de former les personnels à ce recueil. En effet, un défaut de prise en compte de l'autonomie expose à des admissions répétées aux urgences.

La prise en charge idéale de ces patients est une évaluation médico-sociale.

Les différents programmes d'évaluation gériatrique standardisée rapportés dans la littérature permettent une réduction de 14% de la mortalité, de 12% des hospitalisations ; par contre ceux-ci augmentent la survie à domicile de 26%, améliorent les fonctions cognitives de 41% et le statut fonctionnel de 72% (45).

L'hospitalisation des patients âgés admis aux urgences est très majoritaire et on connaît les effets délétères de l'hospitalisation chez les patients âgés fragiles. C'est pourquoi, des solutions alternatives se développent visant à effectuer des bilans ambulatoires tout en maintenant le patient dans son environnement habituel.

C'est dans ce cadre que les hôpitaux de jour gériatriques se développent. Ceux-ci peuvent permettre pour les patients âgés admis aux urgences, l'organisation d'une évaluation

gériatrique différée. Les patients dont l'état de santé est stable peuvent ainsi rentrer à domicile. Il faut alors que la situation sociale du patient le permette, que l'entourage soit suffisant et que l'aide à domicile soit organisée ou puisse l'être rapidement.

Le service des urgences de l'hôpital de Lunéville accueille 14,5% de patients de plus de 75 ans ce qui ne diffère pas des chiffres nationaux.

On ne constate pas de différence avec les différentes études : les patients arrivent majoritairement en ambulance de leur domicile. Deux malades sur trois ont une pathologie médicale et au sein de celle-ci les pathologies cardiovasculaires et pulmonaires sont prédominantes. La durée de prise en charge est inférieure à 2 heures pour 61,6% des patients ce qui est inférieure à la durée retrouvée sur le plan national mais on sait que la durée de prise en charge aux urgences est proportionnelle à la taille de l'établissement. Enfin, les patients sont majoritairement hospitalisés à 65%.

Diverses réflexions ont été menées dans le cadre de l'amélioration de la filière gériatrique au plan local.

Concernant la prise en charge aux urgences, un référentiel a été élaboré mais on constate au quotidien qu'il n'est pas toujours appliqué. Sa mise en place requiert du temps et des aménagements. Ainsi, l'évaluation de l'autonomie du patient pourrait être renseignée dans une nouvelle rubrique du dossier médical informatisé.

L'ouverture de l'hôpital de jour gériatrique est récente puisqu'elle a eu lieu en Octobre 2004.

Ceci ne permet pas de constater pour l'instant d'incidence sur la population âgée consultant aux urgences en termes de nombre d'admissions et de taux d'hospitalisation. Des études ultérieures sont nécessaires.

D'autres projets viennent de voir le jour comme la création d'une équipe mobile gériatrique d'évaluation à domicile ainsi que le développement du travail en réseau associant les professionnels de santé du secteur libéral. Ceux-ci sont en effet à même d'orienter les patients vers l'hôpital de jour gériatrique quand ils le jugent utile.





BIBLIOGRAPHIE

1. COURSON J.P., MADINIER C.

Recensement de la population 1999, la France continue de vieillir.

Insee Première, 2000, 746, 6p.

2. BADEYAN G., COLIN C.

Les personnes âgées dans les années 90, perspectives démographiques, santé et modes d'accueil.

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

Etudes et Résultats, 1999, 40, 5p.

3. DAGUET F.

La population de la France : une croissance sans précédent depuis 1946.

Insee Première, 1996, 444, 4p.

4. Collège National des enseignants de Gériatrie

Corpus de Gériatrie

Tome I, 2000.-185p.

5. PARANT A.

La dépendance du grand âge : un choc à venir, une ardente obligation d'anticipation.

Cah.Socio.Démo.Méd., 39, 2, pp133-160

6. INSEE

France Portrait Social, 2004-2005, 272p.

7. TRIVALLE C.

Vieillesse normale : mythe ou réalité ?

La Revue du Praticien – Médecine Générale, 18, 668/669, pp 1263-1266

8. Collège National des Généralistes Enseignants

Consultations de la personne âgée.

In : Médecine générale

Paris : Masson, 2003.- p.249-279.- (Abrégés connaissances et pratiques)

9. MASSE J.F.

Démarche d'évaluation en Gériatrie.

La Revue du Praticien – Médecine Générale, 2004, 18, 652/653, pp 623-632

10. ARVEUX I., FAIVRE G., LENFANT L., MANCKOUNDIA P., MOUREY F.,
CAMUS A., MISCHIS-TROUSSARD C., PFITZENMEYER P.

Le sujet âgé fragile.

La Revue de Gériatrie, 2002, 27, 7, pp 569-581

11. SOMME D., VERNY M.

Prise en charge en urgence des patients âgés.

In : Urgences Médicochirurgicales de l'adulte / par CARLI P., RIOU B., TELION C.

Paris : Arnette, 2004.- p.97-103.-

12. KADRI N.

Syndrome confusionnel du sujet âgé : particularités cliniques et thérapeutiques.

Le Concours Médical, 2004, 126, 36, pp 2115-2119.

13. RUMEAU P.

Chutes du sujet âgé.

La Revue du Praticien – Médecine Générale, 2004, 18, 660/661, pp 909-916

14. Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU)

Xème conférence de consensus

Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences.

Strasbourg. 5 Décembre 2003.

15. DOUCET J., CAPET C., JEGO A., TRIVALLE C., NOËL D., CHASSAGNE P.,
BERCOFF E.

Les effets indésirables des médicaments chez le sujet âgé : épidémiologie et prévention.
La Presse Médicale, 1999, 28, 32, pp 1789-1793

16. GRAND A., ANDRIEU S.

40 ans de politique gérontologique en France : la place du soutien familial.
L'Année Gérontologique, 2004, pp 31-39

17. COLVEZ A., BLANCHARD N., VILLEBRUN D.

Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), l'implication des généralistes est
indispensable.

La Revue du Praticien – Médecine Générale, 2004, 18, 670/671, pp 1349-1352

18. PERBEN M., DELOFFRE A.

L' Allocation Personnalisée d' Autonomie au 31 Mars 2005.
DREES Etudes et Résultats, 2005, 415, 8p.

19. DURAND-GASSELIN B.

Les hôpitaux de jour gériatriques en France.
La Revue de Gériatrie, 2002, 27, 5, pp 319-322

20. COUTURIER P.

Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives.
La Revue de Gériatrie, 2004, 29, 9, pp 703-712

21. TACHE, Alexandre

Le transfert direct de patients âgés depuis un service d'urgences vers un service de soins
de suite et de réadaptation.- 121p.
Th : Méd. : Nancy : 2005 ;

22. LABET T., BOUGET J.

Les urgences gériatriques médicales en hôpital général : pour une meilleure prise en charge.

La Revue de Gériatrie, 1995, 20, 7, pp 471-480

23. JUGE-BOULOGNE A., KERVINIO C., DRODE M., SAUVANIER M., REVEL V.,
DE LA FOURNIERE F., MANGON H., AYE P., ALBERT D.

Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences : enquête rétrospective au Centre Hospitalier de Pau.

La Revue de Gériatrie, 2001, 26, 9, pp 713-718

24. FOURCADE A., POISSON SALOMON A.S., BLUM-BOISGARD C., ELLRODT
A., PIETTE F., REY-GIRAUD P.

Les urgences des personnes âgées : la place d'un réseau de soins coordonné à domicile.

Gestion Hospitalière, 1994, 10, pp 169-173

25. FANELLO S., MOUTEL L., HOUSSIN L., DURAND-STOCCO C., ROY P.M.

Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des Admissions et Urgences d'un grand Hôpital.

Santé Publique, 1999, 11, 4, pp 465-482

26. POUPET J.Y., INGRAND P., PRADERE C., THOMAS P., BONNEAU-LUSSIER
M.D., MERLET I.

Les personnes âgées adressées aux urgences: caractéristiques médico-sociales, motifs d'admission et orientation initiale.

La Revue de Gériatrie, 1995, 20, 7, pp 465-470

27. GIRARDOT F., GROSSHANS C., PETER B., BOURDERONT D.

L'admission des personnes âgées aux urgences médicales d'un hôpital général.

La Revue de Gériatrie, 1996, 21, 2, pp 97-106

28. ESPINOZA P., SOMME D., SAINT JEAN P., CHATELLIER G.

Accueil des personnes âgées de plus de 80 ans aux urgences.

Etude Octoplus, Réseau Sentinelle Urgence (RSU), 2004

29. LAMBERT H., ALLA F., HMIDOUCH-FERRY R., PICHOT DU MEZERAIS A.,
MAIGNAN M., BELLOU A.

Epidémiologie des personnes de plus de 75 ans admises dans les services d'urgences
français.

Journal Européen des Urgences, 2004, 17, 3, pp 215-220

30. CREDITOR M.C.

Hazards of Hospitalization of the Elderly.

Annals of Internal Medicine, 1993, 118, 3, pp 219-223

31. CHOUAID C., CHANSIAUX C., TROUILLET L., DESPOISSE J.M., TEILLET L.,
COSQUER M., ROGER M., YENI P., BLUM BOISGARD C.

Les personnes âgées consultant aux urgences médecine d'un centre hospitalo-
universitaire : conséquences de l'ouverture d'une unité d'accueil et d'orientation
(UAOPA).

Réanimation et Urgences, 1995, 4, 1, pp 9-14

32. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Les usagers des urgences.

DREES Etudes et résultats, 2003, 212, 8p.

33. SOMME D., YVAIN F., LEVY A., ELLRODT A., DAVIDO A., SAINT-JEAN O.

Patients âgés de 80 ans et plus admis en urgence : caractéristiques et filières de soins.

La Presse Médicale, 2003, 32, 19, pp 870-875

34. BONNAT C., CONTAMIN B.

Les personnes âgées aux urgences du groupe hospitalier Sud Réunion pendant l'hiver
austral 2001.

La Revue de Gériatrie, 2004, 29, 7, pp 505-514

35. MORITZ F., BENEZ F., LEMARCHAND P., NOEL D., MOIROT E., CHASSAGNE P., MULLER J.M.

Quelle prise en charge des personnes très âgées aux urgences ? Evaluation de 150 patients très âgés au CHU de Rouen.

La Presse Médicale, 2001, 30, 2, pp51-54

36. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières.

DREES Etudes et Résultats, 2003, 215, 12p.

37. POISSON-SALOMON A.S., FOURCADE A., ELLRODT A., BLUM-BOISGARD C.

Evaluation du devenir des personnes âgées lors du recours au Service des Urgences d' un hôpital universitaire.

Réan. Soins intens.MED.URG, 1994, 10, 3, 169-175

38. BUCHON D.

Hospitalisation des personnes âgées de plus de 70 ans:une étude sur les causes et les conséquences d'une telle décision.

La Revue du Praticien - Médecine Générale, 2000, 14, pp 651-655

39. ROSS M.A., COMPTON S., RICHARDSON D., JONES R., NITTIS T., WILSON A.

The use and Effectiveness of an Emergency Departement Observation Unit for Elderly Patients.

Annals of Emergency Medicine, 2003, 41, 5, 668-677

40. CHANSIAUX C., TEILLET L., DESPOISSE J.M., SEBBANE G., O'MAOLAIN M.F., PIAU A., MOULIAS R., LEBEE C., ROGER M.

Une nouvelle prise en charge en gériatrie : exemple de l'hôpital Bichat depuis 1992.

La Revue de Gériatrie, 1996, 21, 1, pp 15-22

41. GENTRIC A., DUQUESNE F., GRAZIANA A., SIVY H., DUGES F., GARO B., BOLES J.M.

L'accueil gériatologique médico-social aux urgences:une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine ?

Revue de Médecine interne, 1998, 19, pp85-90

42. SALLES N., COUILLE O., VOUVET A., FOUILLADE M.L., GABINSKI C., EMERIAU J.P.

Une équipe mobile multidisciplinaire gériatrique aux urgences.

L'Année Gériatologique, 2004, pp 31-32

43. TRANCHANT L., COUTURIER P., GROMIER A., BIOTEAU C., DEBRAY M., CARPENTIER F., FRANCO A.

Bilan d'activité d'une unité mobile de gériatologie dans un service d'accueil des urgences

L'Année Gériatologique, 2004, pp 88-89

44. ROY M., CORNILLON D., ROBERT F., MARION A., BERTRAND J.C., FERRON C.

Bilan d'un an d'activité d'une unité mobile gériatrique au service d'urgence du C.H.U de Saint Etienne.

L'Année gériatologique, 2004, pp 90-91

45. LUCAS D., PERISSET C., LAURENT C., ARNOULIN P., BRIAL O., FONTAINE M., ZINETTI J., WOLMARK Y.

Bilan des trois premières années de fonctionnement de l'équipe mobile de Bretonneau.

L'Année gériatologique, 2004, pp 92.

46. DEMELIN T., BABADJIAN PH., ALAOUY Y.

Création d'une équipe paramédicale itinérante nocturne à domicile

L'Année gériatologique 2004, pp 92-93

47. RAINFRAY M., BOURDEL-MARCHASSON I., DEHAIL P., RICHARD-HARTSON S.

L'évaluation gérontologique : un outil de prévention des situations à risque chez les personnes âgées.

Annales de Médecine Interne, 2002, 153, 6, pp 397-402

48. BONNEFOY M., AYZAC L., BIENVENU J., BOISSON R.C., RYS L., JAUFFRET M.

Facteurs prédictifs du devenir immédiat de patients âgés hospitalisés à la suite d'un évènement aigu.

La Revue de Gériatrie, 1995, 20, 5, pp265-272

49. CHIN M.H., JIN L., KARRISON T.G., MULLIKEN R., HAYLEY D.C., WALTER J., MILLER.A., FRIEDMANN P.D.

Older patients'health-related quality of life around an episode of emergency illness.

Annals of Emergency Medicine, 34, 5, pp 595-603



Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5 D n° 2002-157 du 18 Mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique.

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D n° 2005-172 du 30 Mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.

ANNEXES

1 ANNEXE 1: ESPERANCE DE VIE SANS INCAPACITE

HOMMES

	1981	1991	Variation
Espérance de vie à la naissance (en années)	70,4	72,9	2,5
Dont : -avec incapacité sévère	1,5	1,2	-0,3
-avec incapacité modérée	8,1	7,9	-0,2
-sans incapacité	60,8	63,8	3,0
Espérance de vie à 65 ans (en années)	14,1	15,7	1,6
Dont : -avec incapacité sévère	1,0	0,9	-0,1
-avec incapacité modérée	4,3	4,7	0,4
-sans incapacité	8,8	10,1	1,3
Espérance de vie à 85 ans (en années)	4,4	5,0	0,6
Dont : -avec incapacité sévère	0,9	0,9	0,0
-avec incapacité modérée	2,1	2,4	0,3
-sans incapacité	1,4	1,7	0,3

FEMMES

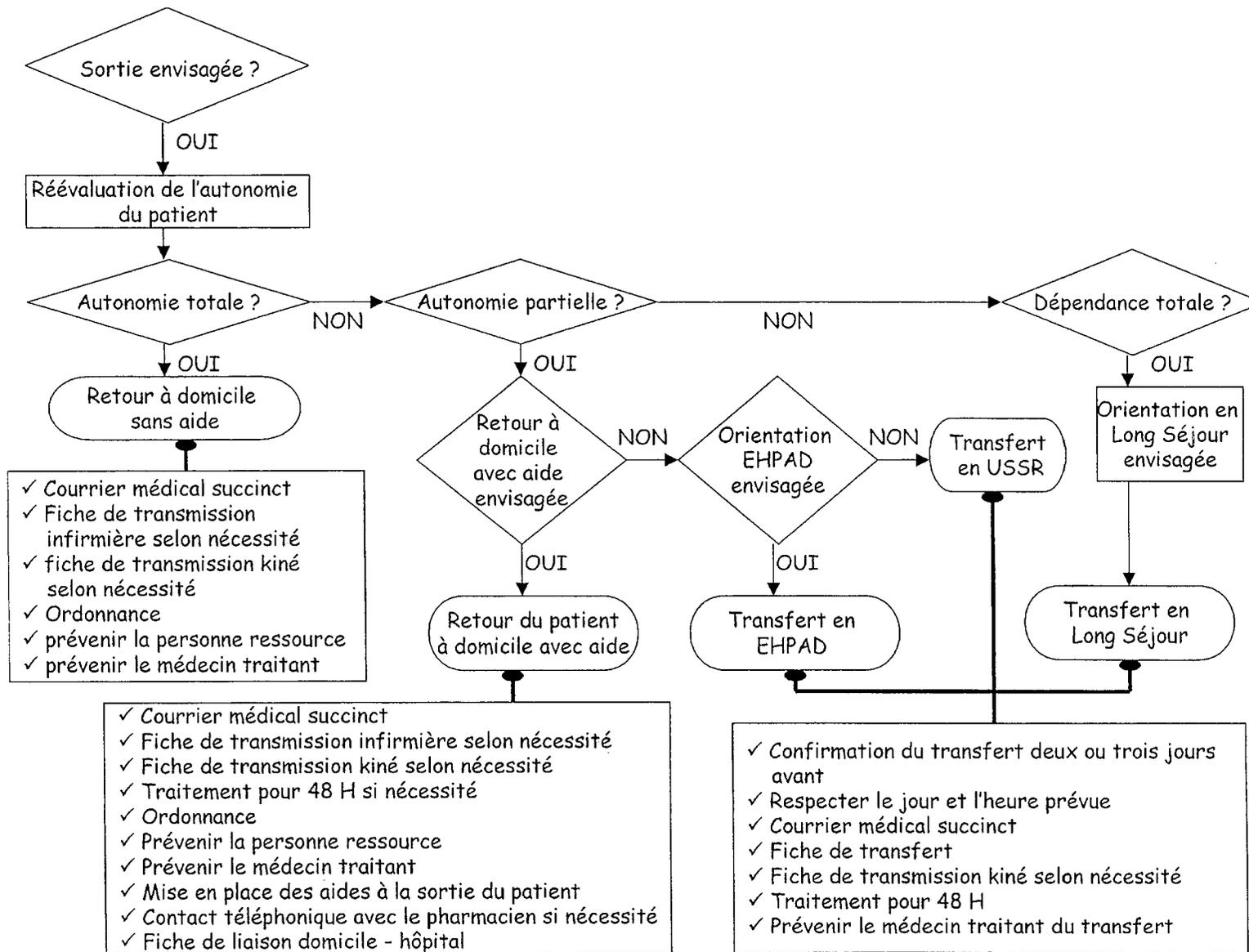
	1981	1991	Variation
Espérance de vie à la naissance (en années)	78,6	81,1	2,5
Dont : -avec incapacité sévère	2,3	2,3	0,0
-avec incapacité modérée	10,4	10,3	-0,1
-sans incapacité	65,9	68,5	2,6
Espérance de vie à 65 ans (en années)	18,3	20,1	1,8
Dont : -avec incapacité sévère	1,8	2,0	0,2
-avec incapacité modérée	6,7	6,0	-0,7
-sans incapacité	9,8	12,1	2,3
Espérance de vie à 85 ans (en années)	5,4	6,2	0,8
Dont : -avec incapacité sévère	1,6	1,9	0,3
-avec incapacité modérée	2,3	2,5	0,2
-sans incapacité	1,5	1,8	0,3

2 ANNEXE 2: ECHELLE AVQ DE KATZ ET ECHELLE IADL

Echelle des activités de la vie quotidienne - échelle de Katz			
Activités	Définition d'une activité indépendante	Indépendant	
		Oui	Non
Soins corporels	Ne reçoit pas d'aide ou ne reçoit de l'aide uniquement pour se laver une partie du corps		
Habillement	Peut s'habiller sans aide à l'exception de laçer ses souliers		
Toilette	Se rend aux toilettes, utilise les toilettes, arrange ses vêtements et retourne sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur, un bassin ou un urinal pendant la nuit)		
Transfert	Se met au lit et se lève du lit et de la chaise sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur)		
Continence	Contrôle fécal et urinaire complet (sans accidents occasionnels)		
Alimentation	Se nourrit sans aide (sauf pour couper la viande ou pour beurrer du pain)		

Echelle des activités instrumentales de la vie quotidienne - test de Lawton			
Activités		Cotation	
		femmes	hommes
1. Téléphone	Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro	1	1
	Compose quelques numéros connus	1	1
	Décroche mais ne compose pas seul	1	1
	N'utilise pas le téléphone	0	0
2. Faire les courses	Achète seul la majorité des produits nécessaires	1	1
	Fait peu de courses	0	0
	Nécessite un accompagnement lors des courses	0	0
	Incapable de faire ses courses	0	0
3. Faire la cuisine	Prévoit et cuisine les repas seul		1
	Cuit les repas après préparation par une tierce personne		0
	Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés		0
	Nécessite des repas préparés et servis		0
4. Ménage	S'occupe du ménage de façon autonome		1
	Fait seul des tâches ménagères légères		1
	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens		0
5. Linge	Lave tout son linge seul		1
	Lave le petit linge		1
	Tout le linge doit être lavé à l'extérieur		0
6. Transport	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1	1
	Commande et utilise seul un taxi	1	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0	0
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0	0
	Ne voyage pas	0	0
7. Médicaments	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0	0
8. Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts	1	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0	0

3 ANNEXE 3 : REFERENTIEL RETOUR DU PATIENT A DOMICILE APRES HOSPITALISATION



Fiche de liaison

A placer dans le carnet de santé

Nom du patient :

Prénom du patient :

Date de naissance :

Adresse :

Date de sortie :

Coordonnées de la personne
ressource/référent :

Tél. portable :

Informée de la sortie :

Oui Non

Nom du médecin :

N° de téléphone du secrétariat :

Service :

N° téléphone du service :

Tampon du service

Motif d'hospitalisation :

Traitement à la sortie :
Médicaments/Injections/24 H

Médicaments/Injections reçues
jour de sortie

Médicaments joints pour 48 H :

Soins :

Soins/Périodicité :

Soins reçus jour de sortie :

Aides nécessaires à domicile à
réaliser ultérieurement :



5 ANNEXE 5: FICHE DE LIAISON HOPITAL/DOMICILE verso

ENVIRONNEMENT*

Conjoint (nom, prénom, coordonnées) :

Enfants (noms, prénoms, coordonnées):

Voisins (nom, prénom, coordonnées) :

Personne ressource/référent (nom, prénom, coordonnées) :

Tél. et ou portable :

Médecin traitant (nom, prénom, coordonnées) :

Pharmacien (coordonnées) :

** Rempli en accord avec le patient et avec sa participation*

AIDES-SOINS A DOMICILE

Aide ménagère

Portage des repas à domicile

Garde malade

Assistante sociale

Mesure de protection juridique

Téléalarme

Service infirmier de soins à domicile (IDE +AS)

Infirmière libérale

Kinésithérapeute

Matériel médicalisé (Chaise percée, lit, matelas anti-escarres)

Oxygénothérapie

Autre(s)

Personne ressource/Référent

—
—
—

Commentaires éventuels :

ORGANISMES PRESTATAIRES

EXISTANT	MIS EN ŒUVRE
Coordonnées/tél.	Pour la sortie

Fiche remplie par (nom, coordonnées) :

Date de remplissage :

VU

NANCY, le **17 octobre 2005**

Le Président de Thèse

Professeur H. LAMBERT

NANCY, le **4 novembre 2005**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **9 novembre 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

RESUME DE LA THESE

Compte tenu de l'évolution de la démographie française, la prise en charge des personnes âgées par le système de soins reste un défi à relever.

Chaque année, les services d'urgence des établissements hospitaliers accueillent davantage de patients âgés. De ce fait, une optimisation de l'accueil et de l'orientation de ces patients admis aux urgences est nécessaire.

La première partie de ce travail est un rappel précis et concis des données démographiques et épidémiologiques, ainsi que des caractéristiques de la personne âgée avec les concepts de fragilité, de dépendance et de poly-pathologies.

Les conclusions de la conférence de consensus de la Société Francophone d'Urgence Médicale définissent la prise en charge idéale des personnes âgées aux urgences. A l'hôpital de Lunéville, dans le cadre de l'amélioration de la filière gériatrique, une réflexion pluridisciplinaire avec rédaction de référentiels est menée depuis 2002. Une consultation mémoire et un hôpital de jour gériatrique ont été créés en 2004.

La deuxième partie expose les études réalisées aux urgences de l'hôpital général de Lunéville et comporte deux volets.

Le premier recouvre une étude descriptive de la population âgée admise aux urgences. Les résultats ont été comparés à ceux de la littérature.

Le deuxième est composé de deux études rétrospectives à un an d'intervalle : une période était antérieure à l'ouverture de l'hôpital de jour gériatrique et l'autre lui était postérieure.

L'objectif était de comparer en particulier l'orientation des patients.

Ainsi, nous avons essayé de montrer dans quelle mesure des efforts ont été réalisés récemment pour améliorer la prise en charge des patients âgés.

TITRE EN ANGLAIS

Admission of elderly patients to the emergency department : the case of a local hospital

THESE: MEDECINE GENERALE- ANNEE 2005

MOTS CLEFS:

Gériatrie-Services d'urgences-Hôpital de jour gériatrique-

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY